

El problema de la inapetencia de origen psíquico en la primera infancia. Un aporte para el análisis de las relaciones entre pediatría, psicología y psicoanálisis en la Argentina (1936-1956).

Ana Briolotti.

Cita:

Ana Briolotti (2015). *El problema de la inapetencia de origen psíquico en la primera infancia. Un aporte para el análisis de las relaciones entre pediatría, psicología y psicoanálisis en la Argentina (1936-1956)*. 4tas Jornadas de Estudios sobre la Infancia, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/4jornadasinfancia/16>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eZep/got>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**El problema de la inapetencia de origen psíquico en la primera infancia.
Un aporte para el análisis de las relaciones entre pediatría, psicología y psicoanálisis en la
Argentina (1936-1956).**

Ana Briolotti (UNLP)

Introducción

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia que se inscribe en el campo de los estudios históricos de la psicología y del psicoanálisis en la Argentina. Dicha indagación explora las relaciones que ambas disciplinas establecieron con la medicina infantil en el Río de la Plata, entre las décadas de 1930 y 1960. Centrarse en el período previo a la creación de las carreras universitarias de psicología y los comienzos de la profesionalización supone precisamente indagar la relación que la disciplina estableció con otros saberes tales como la medicina, la pedagogía, la criminología y las ciencias sociales (Vezzetti, 1996). Fueron ciertos interrogantes y problemas surgidos en el seno de esos campos disciplinares los que suscitaron la lectura y la apropiación de teorías y técnicas psicológicas provenientes de otras latitudes. En este marco, es de interés estudiar tanto la circulación de obras psicológicas y psicoanalíticas en el ámbito de la medicina infantil, como los “usos” dados a las mismas, vale decir, el modo como dichos saberes se plasmaron en prácticas e intervenciones médicas sobre la infancia y su crianza. A su vez, y tal como ha señalado Hugo Klappenbach (1995), muchos de los temas y problemas de los que se ocupó la psicología fueron recogidos de la práctica médica, lo cual muestra la existencia de numerosos puntos de contacto en la historia de ambas disciplinas.

En lo relativo a la infancia y su relación con la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis, estudios recientes investigaron la impronta de los discursos psicológicos en la medicina, la pedagogía y la criminología entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX (Talak, 2014), y la conformación del campo de la psicoterapia infantil a mediados del siglo XX (Borinsky, 2010). Estas indagaciones han mostrado el lugar de la medicina en la recepción de discursos y prácticas psicológicas que resultaron útiles para comprender y abordar el problema de la anormalidad infantil.

Por otro lado, en los últimos años, numerosos trabajos provenientes del campo de la

historia y de las ciencias sociales se han ocupado de la relación entre el discurso médico y la infancia entendida como una construcción social, vale decir, contingente, histórica y moldeada por factores políticos y culturales (Cosse et al., 2011). Así, se han abordado diversos temas, tales como el proceso de individualización de la niñez por parte de la medicina infantil a fines del siglo XIX (Colángelo, 2011) o las relaciones entre los médicos y la población, tanto en el marco de las políticas de protección materno-infantil (Billorou, 2007; Biernat & Ramacciotti, 2013), como a través de los consejos y prescripciones en revistas de difusión masiva (Borinsky, 2005; Rustoyburu, 2012) y en otros dispositivos pedagógicos destinados a las madres (Darré, 2013). Es de destacar asimismo el estudio de Marcela Nari (2004) ya que, si bien se centra en la maternidad antes que en la infancia, da cuenta de dos procesos fundamentales para pensar las representaciones y prácticas en torno al “binomio madre-hijo”: la naturalización de la maternidad, que intentó explicar una relación social por sus caracteres biológicos, y la progresiva medicalización de la procreación y la crianza de los recién nacidos.

Si bien muchos de estos trabajos hacen alusión más o menos directa a la presencia de conceptos y nociones psicológicas y psicoanalíticas en el discurso médico referido a las madres y a los niños, consideramos que una indagación realizada desde la especificidad del campo disciplinar de la psicología puede no sólo iluminar aspectos no explorados de la historia de la circulación de saberes psicológicos en el contexto local, sino además enriquecer las perspectivas de análisis acerca de la infancia como construcción social y de los modos como las intervenciones expertas han moldeado la subjetividad de padres e hijos. A este respecto resulta de interés el aporte de Nikolas Rose (1990) quien, recuperando los desarrollos foucaultianos en torno a la biopolítica y su relación con la gubernamentalidad, ha mostrado el rol que cumplieron los saberes psicológicos en la producción y regulación de una subjetividad “normal”, basada en la autodisciplina y el autogobierno y adaptada a la lógica de las democracias liberales. Desde esta perspectiva, la red de conceptos y prácticas delineada por las disciplinas *psi* para comprender los comportamientos humanos e intervenir sobre ellos propició la entrada de la subjetividad en las estrategias y cálculos tendientes a gestionar y maximizar las fuerzas de la sociedad.

Retomando los aportes mencionados, este trabajo se centra en un problema específico de la clínica pediátrica: la inapetencia del niño por causas extra-orgánicas, también llamada “anorexia mental”. Se apoya en un corpus de fuentes conformado por libros, tesis y artículos de revistas científicas y de divulgación, escritos por médicos pediatras y puericultores y publicados entre

mediados de la década de 1930 y mediados de la década de 1950. A partir de identificar y caracterizar las diferentes interpretaciones etiopatogénicas del trastorno y las medidas profilácticas y terapéuticas propuestas, se pretende reconstruir un itinerario de lecturas y referencias teóricas provenientes del campo *psi*, atendiendo fundamentalmente a dos cuestiones: por un lado, al modo como dichas lecturas incidieron en la forma de conceptualizar al niño a través del papel atribuido a la naturaleza y a la cultura en el curso de su desarrollo. Por otro lado, y considerando que las nociones y discursos se articulan con escenarios históricos y coyunturas particulares, interesa indagar la manera como la apropiación de saberes *psi* por parte de los médicos se entramó con ciertas valoraciones y problemas propios del contexto. Al respecto, se asume que la producción de conocimiento científico es inescindible de la presencia de valores tanto epistémicos como no epistémicos, vale decir, políticos, sociales, morales, de género, etcétera (Potter, 2006).

Si bien el fenómeno de la inapetencia de origen psíquico se daba en niños de todas las edades, en este trabajo se estudiará su presencia durante la primera infancia, no sólo porque en la mayoría de los casos de anorexia durante la segunda infancia los problemas habían comenzado tempranamente, sino además por la importancia que cobraba una adecuada nutrición en esta etapa de la vida. En efecto, el punto de vista médico la concebía como un período exclusivamente vegetativo, durante el cual el organismo estaba limitado a asimilar los alimentos y a desarrollarse. Asimismo, las conductas primordiales en relación con la nutrición cobraban especial relevancia puesto que eran concebidas como el punto de partida del conocimiento del mundo y el molde a partir del cual se delinearían las conductas futuras.

El artículo se organiza en dos apartados. El primero de ellos revisa la caracterización del trastorno, las interpretaciones etiológicas y las indicaciones terapéuticas que pueden apreciarse en los diversos trabajos publicados durante las dos primeras décadas del período abordado. El segundo apartado considera las modificaciones significativas en la forma de interpretar el problema durante la década de 1950, poniendo de manifiesto cierto desplazamiento en la consideración del problema, desde un punto de vista centrado en la necesidad de moldear la conducta alimentaria del niño en base a la educación, hacia una perspectiva que enfatizaba la necesidad de considerar el trastorno a la luz del desarrollo emocional del niño y de las relaciones afectivas al interior de la familia.

En ambos casos se intenta dar cuenta de lecturas e interpretaciones que lograron un cierto nivel de consenso entre los médicos, al tiempo que se ponen en relación con ciertos problemas y debates más amplios, ya sea al interior de la disciplina médica como en el cruce entre el discurso científico y ciertos problemas sociales de más largo alcance.

El niño inapetente, entre la neuropatía constitucional y la mala educación

Desde mediados de la década de 1930, el problema de la inapetencia infantil de origen psíquico fue crecientemente abordado en distintas publicaciones médicas, tanto científicas como de divulgación. Diversos autores acordaban en afirmar que, tanto en los consultorios externos de hospitales como en la clientela privada, era significativo el número de casos de anorexia mental (Escardó, 1936; Baranchuc, 1938; San Martín, 1939; Schiavone, 1940). Los pacientes eran descriptos como niños pálidos, inquietos, “llorones”, con apetito irregular y caprichoso y con un peso oscilante, aunque siempre por debajo de lo normal. El rasgo distintivo de estas conductas de rechazo del alimento era la imposibilidad de ser reconducidas a causas orgánicas: no se explicaban por la existencia de un proceso infeccioso o de perturbaciones endócrinas, ni por lesiones o anormalidades anatómofisiológicas. Esta anorexia psíquica, también llamada “inapetencia esencial” suscitaba especial preocupación entre los médicos, dada la importancia de la nutrición para la supervivencia y el crecimiento del niño, sobre todo durante los primeros meses de vida. A este respecto, algunos de los autores recuperaban una expresión de Tailless (1938), según la cual el lactante no era más que un tubo digestivo en el que poco a poco se desarrollaban las funciones motrices y más tarde las psíquicas. Asimismo, y atendiendo a las particularidades demográficas del contexto local, la preocupación por la supervivencia del niño y su normal desarrollo se inscribía en un problema de larga data. En efecto, desde fines del siglo XIX el debate acerca de la cantidad y la calidad de la población argentina y la cuestión de la mortalidad infantil cubrían una parte importante de la agenda de problemas de las elites políticas e intelectuales, promoviendo la circulación de discursos y prácticas tendientes a darles solución y asegurar en lo posible el crecimiento y el progreso de la nación. Hacia la década de 1930, si bien los índices de mortalidad infantil se habían reducido, la caída de los flujos inmigratorios y la amenaza de la “desnatalización” condujeron a pronosticar un potencial despoblamiento del país, en consonancia con la tendencia mundial de decrecimiento de la “raza blanca” (Biernat & Ramacciotti, 2013). En cuanto a la disminución de los nacimientos, no se debía exclusivamente a

cuestiones de índole demográfica sino además a las condiciones de vida en los sectores urbanos, afectadas por la industrialización, el trabajo femenino, los problemas habitacionales y el aumento del control reproductivo por parte de la población. Como podrá verse, ciertas lecturas del fenómeno de la inapetencia infantil estuvieron estrechamente vinculadas con las preocupaciones en torno del crecimiento poblacional y con las consecuencias potencialmente negativas de las condiciones de vida en las ciudades.

Además de las repercusiones negativas de la anorexia psíquica sobre el desarrollo infantil, su origen enigmático planteaba un problema, en la medida en que, según se afirmaba, los médicos no conocían suficientemente los aspectos psicológicos del desarrollo infantil (San Martín, 1939). Fueron precisamente estos rasgos poco claros del trastorno los que dieron lugar a distintas hipótesis interpretativas acerca de los mecanismos etiopatogénicos en juego y, en función de ellas, diferentes medidas profilácticas y terapéuticas.

En un artículo publicado en 1939 en los *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Buzzo, Agostini y Calabrese ensayaban una explicación para el fenómeno de la aversión del lactante al pecho materno, vale decir, su rechazo manifiesto e inexplicable por causas físicas. Partiendo de una hipótesis enmarcada en la teoría de la degeneración -que anunciaba la decadencia progresiva de la especie a causa de malos hábitos y costumbres viciosas-, los autores señalaban que los tóxicos influían perniciosamente sobre la descendencia. Esta premisa hallaba amplio consenso en el campo médico de la época y permitía explicar el nacimiento de niños con malformaciones, epilépticos o neuropáticos (González, 1941). Basándose en este supuesto, los autores habían investigado el hábito de consumo de alcohol y tabaco en los padres de niños que rechazaban el pecho. Los resultados mostraban que todas las parejas consumían alcohol con frecuencia, lo cual conducía a concluir que “(...) la acción funesta del tóxico sobre los progenitores, alterando hereditariamente el psiquismo del niño, provocaría en estos un estado especial, predisponente a ciertas modalidades anormales; en este caso la aversión al pecho materno” (Buzzo et al., 1939: 184). Se asumía entonces que el estado de ebriedad de los padres en el momento de la concepción podía ocasionar daños al gameto, alterando de ese modo su evolución. Este deterioro del germen por acción directa de cualquier tóxico, en especial el alcohol, recibía el nombre de “blastoforia”. Había sido formulado a principios del siglo XX por Auguste Forel, e incorporado por Adolphe Pinard a la Puericultura en su rama Preconcepcional, también llamada “eugenética” (Leonard, 1983).

Esta interpretación, según la cual la aversión al pecho era el resultado de una anomalía constitucional congénita provocada por el alcohol, promovía un tipo de intervención eminentemente preventiva, centrada en los padres. El rol del puericultor al respecto era preparar a la pareja para la procreación, advirtiendo acerca de los efectos perjudiciales de los tóxicos e interviniendo con sus directivas y consejos desde una multiplicidad de dimensiones: biológica, antropológica, étnica, política, social y religiosa (Elizalde, 1937).

Sin embargo, en esta misma época, los trastornos alimentarios del niño de primera infancia eran atribuidos a otro tipo de causas. En su artículo sobre la anorexia mental, Marcos Baranchuc (1938) señalaba que la clínica del lactante no podía ser reducida al soma y sus alteraciones y sostenía que el rechazo del alimento era un trastorno psíquico que perturbaba las sensaciones correspondientes al ciclo fisiológico del hambre, volviéndolas dolorosas o desagradables. Esta alteración se producía como reacción condicionada frente a la reiterada aparición de un estímulo doloroso, como por ejemplo recibir el alimento muy caliente. Retomando las investigaciones de inspiración pavloviana realizadas por John Watson en torno de las denominadas “respuestas condicionadas”, Baranchuc sostenía que la anorexia era ocasionada por la memoria de la experiencia dolorosa, al estilo de los condicionamientos producidos experimentalmente. La asociación temporal entre la presencia del alimento y la sensación desagradable daba lugar a una respuesta condicionada de rechazo. Desde esta perspectiva, el desorden se atribuía a las fallas en la preparación de la comida, lo cual permitía explicar su mayor frecuencia en lactantes alimentados por medio de biberón. Esta interpretación, que vinculaba la aparición del trastorno con la llamada “lactancia artificial” se alineaba con el discurso médico de promoción de la lactancia materna. En el marco de los procesos de medicalización de la procreación y la crianza y de naturalización de la maternidad que intentó explicar una relación social por sus caracteres biológicos, la retórica del “binomio madre-hijo” sirvió de base a toda una serie de preceptos difundidos por el discurso médico en torno a las prácticas de crianza consideradas “normales” y “naturales” (Nari, 2004). Así, el amamantamiento se concebía como una obligación que la naturaleza imponía a las madres, y cuya desobediencia podía acarrear graves consecuencias para la salud y la supervivencia del niño (Elizalde, 1942).

En los años cuarenta Florencio Escardó (1940) y Fernando Ugarte (1944) introdujeron algunas precisiones en el marco de su estudio de la inapetencia a la luz de la noción de condicionamiento. En 1940 Escardó publicó *La inapetencia infantil*, texto en el que se proponía

avanzar en el conocimiento de un tópico extensamente abordado pero cuya esencia aún se desconocía. Según Escardó, diversos autores se habían pronunciado al respecto a través de una opinión, una impresión o un punto de vista imposibles de transmitir debido a la falta de un principio sistemático que les diera razón y consistencia. Con el fin de arribar a una caracterización más precisa, Escardó partía de una distinción fundamental, que sería retomada por Ugarte (1944; 1952) unos años más tarde: la diferencia entre hambre y apetito. En este punto, la referencia eran los desarrollos de Ramón Turró, un biólogo, filósofo y fisiólogo catalán abonado a la escuela pavloviana. En 1912 Turró había publicado *Orígenes del conocimiento: el hambre*, obra en la que intentaba esclarecer el problema filosófico del origen del conocimiento dejando de lado las explicaciones metafísicas y teológicas y poniéndolo en relación con la naturaleza (Turró, 1945). En ese sentido, planteaba que el conocimiento tenía su punto de partida en la satisfacción del hambre y que, por ende, su primer objeto era el pecho materno. Para poder dar cuenta de este proceso, era preciso diferenciar el hambre del apetito. Mientras que el hambre se conceptualizaba como una necesidad fisiológica indiferenciada, determinada por la ausencia de las sustancias capaces de mantener el equilibrio plasmático de la célula, el apetito pertenecía al dominio intelectual, era específico y resultaba de la llamada “experiencia trófica”. Dicha experiencia consistía en la puesta en relación de los datos sensoriales vinculando el alimento con la sensación orgánica que satisfacía. A través de esa inducción fundamental el individuo llegaba a saber que aquello que impresionaba sus sentidos podía saciar las necesidades de su organismo. La noción de experiencia trófica sostenía la hipótesis de Turró sobre el origen trófico del conocimiento, puesto que mostraba que el descubrimiento del mundo exterior estaba supeditado a la satisfacción del apetito. Asimismo, y a los fines del abordaje médico del problema de la inapetencia psíquica, ponía de manifiesto la complejidad que entrañaba el estudio de la alimentación durante la primera infancia. De acuerdo con el concepto de experiencia trófica, el apetito -verdadero motor de la alimentación- era una sensación condicionada por múltiples vías: la funcionalidad digestiva, las sensaciones gustativas y visuales, el ambiente, la educación y las reacciones globales de la personalidad del niño, vinculadas con la autonomía, la independencia y las simpatías (Escardó, 1940). Esto último explicaba que el rechazo de un plato por su sabor no se produjera simplemente por el recuerdo de su mal sabor, sino que era una respuesta de toda la psicología del niño e incluía una actitud negativa hacia la persona o situación que anteriormente le había ofrecido la misma comida. Bajo esta concepción, la evolución normal del apetito

requería un alimento adecuado, la posibilidad mecánica de adquirirlo y cierto placer ligado a su ingesta, sin la interferencia de sensaciones o percepciones que añadiesen dolor o desagrado (Escardó, 1940). La idea de que la experiencia trófica podía ser traumatizada por una intervención inadecuada otorgaba un importante papel al ambiente en la aparición de la inapetencia, si bien no se desatendía al determinismo hereditario. En efecto, la nerviosidad y la hipersensibilidad constitutivas eran factores predisponentes que, junto con una causa ocasional de índole traumática o tóxica y con la nerviosidad familiar, permitían situar clínicamente a la “inapetencia esencial” (San Martín, 1939; Escardó, 1940). En lo que respecta al entorno familiar, Ugarte (1944) consideraba que su carácter nervioso ocupaba el mayor rol etiológico en la producción de la nerviosidad en el niño, aumentando la sintomatología en los nerviosos constitucionales y creándola en los nacidos normalmente. Es común encontrar en la descripción médica del medio que rodeaba al niño anoréxico, la presencia de personas nerviosas, agitadas y fácilmente alterables que, además, solían prestar una atención desmedida a las funciones vegetativas del niño. Este hecho modificaba sustancialmente el simple acto de la comida, que, a base de caprichos, chantajes, y castigos físicos, se convertía con el tiempo en una “complicada comparsa emotivo-intelectual” (Escardó, 1940: 142). Asimismo, el entorno familiar del inapetente se caracterizaba por la presencia de mimos, ternura desmedida y sobreprotección materna. Al respecto, Escardó (1940) señalaba la recurrencia del hábito de dar de comer en la boca al niño hasta muy tarde, retrasándose así la adquisición de la destreza necesaria para alimentarse solo y lograr cierta independencia. En un plano más general, este mal hábito de algunas madres atentaba contra la autonomía infantil, noción clave del escolanovismo que Escardó recuperaba en sus escritos de esta época sobre temas de índole médico-pedagógica (Rustoyburu, 2012).

Gran parte de los autores solía atribuir la sobreprotección materna al hecho de que el niño era el único hijo y no dejaba de señalar hasta qué punto la compañía de otros niños al momento de la comida era capaz de resolver el problema de la inapetencia. Además de respaldarse en estudios empíricos que ratificaban esta afirmación, San Martín (1939) traía a consideración la situación de las familias porteñas de antaño, cuya prole era mucho más numerosa y en las cuales la anorexia era prácticamente desconocida. Esta particular lectura enlazaba la aparición del desorden alimentario con el problema de la desnatalización, en un contexto de auge de discursos en torno a la necesidad de asegurar la reproducción de la población. En este marco, la

interpretación médica antedicha pone de manifiesto la presencia de cierta carga valorativa de signo negativo en torno a las prácticas y costumbres que mostraban los estratos sociales medios y altos, entre las cuales se hallaba el bajo número de hijos. La frecuencia en la aparición de casos de inapetencia de origen nervioso parecía ser asimismo indisociable de las condiciones de vida de dichos sectores en las zonas urbanas. En un artículo publicado en la revista *Hijo Mío..!* Florencio Escardó (1936) afirmaba que muchos de los inapetentes “sanos” eran víctimas de la falta de higiene familiar, debida tanto a los errores en la administración de los alimentos o en la disciplina como a la “vida moderna” que había artificializado los hábitos infantiles, modificando los horarios de sueño y cubriendo a los niños de actividades que restringían su permanencia al aire libre. Así, la inapetencia, la constipación, la anemia, la irritabilidad, el insomnio y otros tantos trastornos derivaban según el autor de una vida alejada de lo natural.

Los tres factores causales antes mencionados (la nerviosidad constitucional, la causa ocasional y el ambiente), combinados en distinta proporción según el caso, eran contemplados en una terapéutica basada en tres grandes acciones: modificaciones dietéticas consistentes en formular un régimen adecuado a la edad, variado y equilibrado, administración de calmantes en los casos más difíciles y establecimiento de normas educativas. Escardó proponía en algunos casos el traslado del niño a otra casa o a un establecimiento especial, con el fin de romper la perniciosa vinculación psicopedagógica con su familia:

La rotura del vínculo familiar es esencial; nuestra observación de años demuestra que en la sala de Neurología del Hospital de Niños (...) la inapetencia no existe, y eso que el menú no es seductor, ni como variedad ni como presentación, pero sucede que allí los pequeños, o comen o ayunan; no hay posibilidad de discusión o mimos. Y todos aumentan de peso (Escardó, 1940: 169-170).

En su artículo sobre la anorexia infantil, San Martín (1939) sostenía que, en lo atinente a la profilaxis y la curación de las enfermedades neuropsíquicas infantiles, la solución estribaba fundamentalmente en una buena educación del niño desde su nacimiento. Este tipo de prescripciones médicas de corte preventivo encontraba su fundamento en la doctrina de la eugenesia, más específicamente en su flexión latina de raigambre neolamarckiana, que tuvo un desarrollo característico de países latinoamericanos como la Argentina (Stepan, 1991). En este

marco, se asumía que si bien el niño heredaba de sus progenitores tanto el parecido físico como el psíquico, una educación conveniente podía modificar en mucho la preponderancia de los factores hereditarios. En el caso que nos ocupa, la hipótesis que atribuía la anorexia a estímulos ambientales desagradables que propiciaban la formación de una respuesta condicionada de rechazo del alimento, ponía el acento en el poder del ambiente en la estructuración de las conductas y era solidaria de la representación del psiquismo infantil como una “página en blanco” que, aun cuando estaba determinada por su herencia, era directamente influenciada por el ambiente. La mirada de los expertos sobre el niño interpelaba entonces a la familia, en la que parecía radicar tanto el origen de los males como la esperanza de su transformación (Vezzetti, 1985). Si bien, como podrá verse, las opiniones de los expertos diferían en cuanto a cómo entender la educación, todas coincidían en afirmar que en la crianza del niño era fundamental el respeto por la autoridad del médico, vehiculizada a través de la autoridad materna. En otras palabras, era el médico quien pautaba el horario de las comidas, la composición de la dieta y la técnica de administración del alimento. Por su parte, la madre debía respetar las indicaciones médicas e imponer su autoridad al niño, evitando ceder ante sus caprichos. Es posible articular este énfasis del discurso médico en la imposición de la autoridad del adulto sobre el niño con ciertas representaciones en torno de la infancia y la familia dominantes en la época. Al respecto, Isabella Cosse (2005) ha destacado el hecho de que el contexto de crisis económica, social y política que caracterizó a la década del treinta en la Argentina promovió la revaloración del papel de la familia nuclear como espacio en el cual los niños debían ser socializados en el marco del respeto por la autoridad. Así, el énfasis de los médicos en los beneficios de una buena educación en el seno de la familia era parte de un movimiento que situó en la familia nuclear el reflejo y el origen del orden social (Nari, 2004). En el caso que nos ocupa, los médicos que estudiaban el problema de la anorexia mental ponían el acento en la necesidad de educar el apetito del niño, promoviendo un condicionamiento positivo y evitando los condicionamientos negativos que condujeran a rechazar el alimento. Este planteo incluía algunos matices, dados por reflexiones como la de Florencio Escardó acerca de la necesidad de promover la autonomía infantil. Pero, en líneas generales, configuraba una interpretación que, recurriendo a un saber psicológico que abrevaba en la teoría pavloviana del condicionamiento reflejo, ponía de manifiesto el carácter moldeable del comportamiento infantil y la necesidad de una activa intervención por parte del adulto con el fin de educar el apetito del niño.

El problema de la inapetencia a la luz de la sexualidad infantil y del desarrollo emocional

La década de 1950 muestra algunas modificaciones significativas en el modo de conceptualizar la anorexia psíquica y, a través suyo, el desarrollo del niño de primera infancia. Uno de los autores que ya desde la década anterior se había ocupado del tema fue Fernando Ugarte. En 1952, en su tesis de profesorado, abordó el problema en el marco del estudio de una modalidad particular de la conducta, llamada “conducta alimentaria”. Ugarte conceptualizaba la conducta como la totalidad de reacciones del niño a las distintas manifestaciones del ambiente, que se vinculaba con su desarrollo, maduración y aprendizaje. La conducta alimentaria estaba influida por mecanismos biológicos, psíquicos y sociales y era central en los primeros meses de vida, dado que la finalidad predominante en este período era la nutrición. El conocimiento de la maduración psíquica de la conducta alimentaria era de suma importancia dado que, según el autor, los médicos pediatras y puericultores debían ocuparse de las alteraciones psíquicas, del mismo modo que atendían a las alteraciones físicas. Para dar cuenta de la centralidad que cabía atribuir a la conducta alimentaria, Ugarte retomaba los desarrollos de Turró sobre el origen trófico del conocimiento, señalando que las impresiones que más rápidamente aparecían definidas en la conciencia no eran las que actuaban con mayor persistencia sobre los sentidos, sino las que se daban de manera coincidente con la satisfacción del hambre. Sin embargo advertía que, si bien la teoría pavloviana del reflejo condicionado era útil para explicar de qué modo ciertos errores en la alimentación podían traumatizar la experiencia trófica ocasionando reacciones anormales, demostraba ser insuficiente para dar cuenta de la psicología del niño. En este punto el psicoanálisis cobraba relevancia como una teoría capaz de explicar la complejidad de los fenómenos psicológicos, complementando al enfoque pavloviano centrado en el nivel fisiológico. Como ha mostrado Luciano García (2012), esta idea propició ciertos desarrollos en el campo de la psiquiatría local que desde mediados de la década de 1930 vincularon la teoría de Pavlov con las ideas de Freud, abordando de manera simultánea lo psicológico y lo biológico y procurando superar así la dicotomía mente-cuerpo. En el caso que nos ocupa, Ugarte (1950) sostenía que los conceptos psicoanalíticos referidos al desarrollo de la sexualidad infantil brindaban nuevas y seguras bases para intentar responder a los problemas prácticos que entrañaba la asistencia al niño de primera infancia:

En la maduración de la conducta alimentaria existe un factor, poco valorizado, y que dadas las íntimas conexiones con dicha conducta, no puede ser dejado de tener en cuenta, me refiero específicamente al desarrollo de la sexualidad infantil, cuya teoría sustentada por la escuela psico-analítica, abre amplios rumbos en el conocimiento de la conducta alimentaria del niño (Ugarte, 1952: 17).

En la fase oral, la conexión existente entre la alimentación del lactante y su satisfacción sexual a través del chupeteo era, según el autor, un punto problemático, por sus posibles repercusiones a nivel de la nutrición. En efecto, tanto la represión de los instintos sexuales como su estimulación a través del uso del chupete, podían inhibir la función autoconservadora del niño, es decir, el acto de comer. En el segundo caso, el chupeteo exagerado producía una exacerbación de la sensación placentera que entorpecía las primeras experiencias del lactante con el pezón. Estas experiencias debían mantenerse porque permitían asegurar el instinto de autoconservación. Al darle el chupete, y más aún si éste estaba recubierto con miel u otra sustancia dulce, se corría el riesgo de que las experiencias nutritivas no se fijaran y se produjera el rechazo del alimento. Por ello era preciso que la función alimentaria se desarrollase de manera armónica junto con la función placentera. Esto requería una educación de la conducta alimentaria que comenzara tempranamente, y cuya finalidad fuera lograr que el niño coma con goce:

El niño que no ha sentido gusto o satisfacción mientras recibió alimento, o que ha padecido de sufrimientos o penas, o que ha sufrido indebidamente hambre, está propenso en convertirse y de continuar siendo un verdadero problema de alimentación. Una actitud poco comprensiva por parte de la madre para con los hábitos de alimentarse del niño, o para con su falta de coordinación muscular y la consiguiente falta de apetito, pueden dar por resultado el rechazo de ciertos alimentos durante toda la vida. El niño que toma bien su alimento ha sido bendecido con una madre comprensiva (Ugarte, 1952: 87).

La cita permite apreciar, por un lado, la referencia al goce en la alimentación. Este tema había sido abordado previamente bajo la idea de cierto “timbre hedónico” ligado a las propiedades del alimento -su temperatura, sabor y punto de cocción-, que aseguraba la evolución

normal del apetito (Escardó, 1940). Sin embargo, si bien es claro que gran parte del goce de comer radicaba en ciertas cualidades del alimento, el planteo de Ugarte consideraba además la dinámica propia de la sexualidad infantil y el monto de placer puesto en juego en la succión, elementos que complejizaban el análisis médico del fenómeno de la inapetencia psíquica y del desarrollo infantil. Por otro lado, la cita pone de manifiesto la importancia atribuida al respeto por la individualidad del niño, más allá de las normas pautadas rígidamente por el médico. Ugarte seguía en este punto al psicólogo y pediatra norteamericano Arnold Gesell y, al igual que él, atribuía un rol central a la capacidad de la madre de comprender al niño y adaptarse a su modo de ser. En este marco, Gesell & Ilg (1960) proponían un régimen de crianza por autodemanda, es decir, basado más en las necesidades del organismo que en las conveniencias socioculturales. Esto no implicaba una crianza del estilo “laissez faire”, sino que la cultura - encarnada en los primeros tiempos por la madre- debía intervenir ayudando, dirigiendo, postergando y estimulando las conductas, aunque siempre en relación con el equipo de conducta y el estado de madurez del niño. Pero mientras que el régimen por autodemanda parecía haber dado buenos resultados en Estados Unidos, Ugarte (1952) se inclinaba por dar pautas generales con respecto a los horarios para la alimentación, dado que en virtud de las particularidades raciales y de emotividad del contexto local existía una tendencia a acortar demasiado el intervalo entre las comidas.

Otro autor que abordó el tema de la alimentación infantil y sus desórdenes fue Juan Garrahan, pediatra y puericultor que en esos años gozaba de gran reconocimiento en el ámbito médico. En sus desarrollos correspondientes a la segunda mitad de la década del cincuenta, Garrahan reconocía la importancia de la teoría de la nutrición, que pautaba la cantidad y la calidad del alimento necesarias para el ser humano. Sin embargo, consideraba que debían tenerse en cuenta las variantes individuales y los factores psíquicos que incidían en la determinación del apetito. Así, en lo respectivo al horario, descartaba el método de imponerlo desde el nacimiento y respetarlo rigurosamente con el objeto de formar en el niño hábitos acordes a la vida familiar y social. Dado que esto podía conducir a la inapetencia rebelde, parecía más razonable flexibilizar las pautas horarias a través de una alimentación que respondiera al apetito del lactante. Esta discusión sobre la regulación temporal de la alimentación se inscribía en un debate más amplio que puede rastrearse en sus textos de Garrahan de esa época. En aquellos años, el autor promovía una “nueva puericultura” que, a diferencia de la puericultura tradicional, no se abocaba al estudio

de la anatomofisiología infantil y sus exigencias de nutrición y cuidado para impartir una serie de prescripciones rígidas, fundadas en mediciones y cronologías del desarrollo (Garrahan, 1955a). Este esquema demasiado simple parecía ocuparse del niño en un sentido abstracto, dejando de lado la comprensión de su individualidad familiar y racial y de su maduración psíquica. El nuevo enfoque proponía, en cambio, adaptar los consejos y las pautas de crianza a la particularidad psicofísica de cada niño y sobre todo a las variables emocionales, de modo tal de no frustrar el despliegue de su personalidad desencadenando de ese modo ansiedad o trastornos de conducta (Garrahan, 1955b). En lo relativo a la inapetencia, el autor sostenía que en la mayoría de los casos se debía a la mala técnica alimentaria y al ambiente perjudicial. La principal falla técnica consistía en forzar al niño a que coma, conducta que provenía del empeño de la vieja puericultura por satisfacer los requerimientos alimenticios, fijar horarios y lograr el aumento de peso. Era precisamente esta conducta de forzamiento la que motivaba en el niño la reacción de rechazo y negativismo que más tarde irradiaba hacia otros sectores de la conducta. Además, creaba en torno suyo una atmósfera de inseguridad y ansiedad -producto del incontrolado estado de ánimo de los padres- que terminaba causando tensión emocional en el niño (Garrahan, 1956). Precisamente, el estado espiritual de quienes se ocupaban de la crianza era un factor clave en la determinación del ambiente que rodeaba al niño. En esa dirección, el autor insistía en la necesidad de resguardar el equilibrio emocional de los padres y cuidadores, dada su ligazón con el bienestar infantil:

(...) un factor muy pernicioso para la crianza del niño (...) para la normal formación de hábitos, para el estímulo eficiente de su desarrollo fisiológico (cosas que repercuten sobre su salud), es el estado de ánimo de los padres en relación a sus hijos: el vivir descontentos de las condiciones físicas y funcionales de los mismos, y de su conducta, el exteriorizar ante ellos dicho estado de ánimo, el criarlos y educarlos bajo el dominio de una tal tensión emocional, es causante de muchos males para los pobres hijos” (Garrahan, 1955b: 49).

Las ideas de autores como Garrahan y Ugarte en torno a la inapetencia de origen psíquico permiten apreciar una suerte de reconfiguración en lo relativo a las causas del problema. Sin eclipsar por completo las explicaciones que atribuían un importante papel al determinismo

hereditario o a las fallas de higiene, es posible advertir que los rasgos propios del niño y la dinámica del vínculo con su madre parecían ocupar progresivamente el centro de la escena. Desde esta perspectiva, el ambiente seguía teniendo un rol primordial en la aparición de la inapetencia, pero parecía ponderarse en relación con su grado de adecuación a la personalidad del niño. La idea de un psiquismo infantil completamente moldeable por el entorno quedaba así desplazada por aquella otra que ponía el acento en la individualidad del niño y en la singularidad de sus ritmos madurativos. Tal como ha señalado Borinsky (2010), este hecho formaría parte del proceso de construcción de una mirada psicológica, centrada en el afecto, como principio explicativo de los trastornos infantiles. A su vez, y en un plano más general, este desplazamiento formó parte de un nuevo modo de concebir la crianza, en el cual la calidad de los vínculos establecidos entre los miembros de la familia se convirtió en una suerte de grilla de lectura para comprender el desarrollo psicofísico del niño. Esta reconfiguración en el modo de interpretar el trastorno alimentario y, en un plano más general, el desarrollo infantil puede asimismo situarse en la obra de Florencio Escardó, uno de los autores que más se ocupó del tema de la inapetencia durante el período estudiado. En 1940, en *La inapetencia infantil*, Escardó examinaba el problema haciendo foco en la familia del pequeño inapetente. Así, señalaba que toda anorexia de causa extraorgánica debía hacer sospechar un desequilibrio entre el niño y su atmósfera familiar, del que resultaban alteraciones psíquicas debidas a la influencia de un entorno emotiva y pedagógicamente desequilibrado. De allí se derivaba la indicación terapéutica de separar al niño de su familia y trasladarlo a un ámbito diferente, en lo posible rodeado de otros niños. Durante la década siguiente, la mirada de Escardó siguió posada en la familia, aunque desde una nueva perspectiva que incluía aportes de la psicología, el psicoanálisis, la sociología y la antropología. En 1954 publicó *Anatomía de la Familia*, texto de divulgación que inauguraría un nuevo modelo de abordaje de las enfermedades infantiles como enfermedades de la familia (Borinsky, 2010). Según esta concepción, los conflictos que perturbaban la vida familiar y se traducían en problemas de conducta o expresiones somáticas diversas, se debían no a la falta o exceso de afecto sino a su defectuosa distribución. El afecto era, de hecho, un factor de suma importancia en esta lectura del funcionamiento familiar, lo cual se advierte en el caso de la alimentación a través de la insistencia en la premisa según la cual el niño debía comer con gusto. Desde esta mirada centrada en el afecto, el placer en la ingestión no era ya atribuido a las propiedades del alimento sino a la capacidad de la madre de cumplir con el deber que entrañaba su función.

Retomando los estudios del psicoanalista inglés John Bowlby sobre las consecuencias psíquicas de la llamada “carencia afectiva”, Escardó planteaba que era responsabilidad de la madre dar al niño seguridad afectiva en el marco de una relación positiva que lo considerara una prolongación de su propia personalidad. La posibilidad de gozar de la experiencia nutritiva en el seno de un vínculo íntimo y satisfactorio tanto para el niño como para su madre quedaba de ese modo supeditada a la capacidad materna de prodigar al hijo cuidados adecuados desde el punto de vista cualitativo¹.

Además de considerar los factores dietológicos, fisiológicos y de maduración neuromotriz - presentes ya estaban en sus producciones anteriores-, Escardó abordaba el problema de la inapetencia como una alteración del acto de comer en tanto fenómeno social. La rebeldía del niño y su rechazo del alimento eran, ante todo, actitudes antisociales rara vez sancionadas por la familia. En efecto, en lugar de reacondicionar el apetito haciéndolo esperar hasta la próxima comida, la familia solía cambiar el menú en busca de otro que agradase el niño o bien ofrecerle la comida por fuera de horario. Esto conducía a una distorsión en el funcionamiento familiar dada por la inversión de la situación jerárquica del niño y a la imposición de sus caprichos frente a la voluntad de los padres. Era precisamente en esta alteración de la función-hijo al interior de la familia en la que radicaba el verdadero problema: el niño no estaba enfermo del hambre sino de su ubicación afectiva al interior de la familia; lo que rehusaba no era la comida sino su papel de hijo y su ubicación en el cuadro familiar (Escardó, 1962).

Si bien los tres autores retomados en este apartado difieren en algunos aspectos de su planteo, concuerdan en ciertos puntos nodales que ilustran la reconfiguración delineada hacia los años cincuenta en el marco de un proceso más amplio que tuvo lugar en el mundo occidental luego de la Segunda Guerra Mundial. Dicho proceso implicó una nueva forma de concebir los problemas infantiles y, por ende, el desarrollo “normal”. Así, si hasta entonces predominaba la idea de que el comportamiento del niño era el resultado de predisposiciones heredadas y de una serie de hábitos adquiridos por medio de estímulos del entorno, en este momento la mirada se

¹ En el marco del proyecto de modernización de la familia que proponía la obra, Escardó no dejaba de remarcar la importancia de la realización de la madre en ámbitos extra-domésticos, lo cual permitía repensar la función materna en términos de la calidad y ya no de la cantidad de atención brindada al niño. Sin embargo, tal como ha señalado Isabella Cosse (2010), la obra mostraba una postura moderada con respecto a los cambios en las relaciones de género, naturalizando la hegemonía de la familia doméstica. En este punto, es interesante observar de qué modo el recurso a un saber psicológico -en este caso a través de las ideas de Bowlby- contribuyó a naturalizar la supuesta existencia de un lazo afectivo constitutivo entre madre e hijo, con su correlato en la interdependencia necesaria para el desarrollo emocional del niño.

posó sobre la familia entendida como un conjunto de relaciones. Desde esta perspectiva “familiarista”, y aun cuando no se dejaran de lado por completo las concepciones previas, el nivel de normalidad de las conductas infantiles comenzó a ponderarse en función del grado de equilibrio emocional de los padres y de la calidad de los vínculos establecidos con sus hijos, de suerte tal que la inadaptación sería reconducida a la presencia de ciertas “fallas” en la economía emocional de la familia (Rose, 1990).

Consideraciones finales

Este trabajo ha intentado ser un aporte al estudio de la historia de la circulación y los usos de los saberes psicológicos en el campo de la medicina infantil en la Argentina, a través de un recorrido centrado en un problema específico, atinente a la nutrición del niño de primera infancia. La imposibilidad de reconducir el trastorno a factores de índole orgánica promovió la búsqueda de explicaciones fundadas en diversos conceptos provenientes de la psicología y del psicoanálisis, que, aun cuando no fuesen las únicas hipótesis admitidas, parecieran haberse consolidado hacia los años cincuenta. En este marco, se ha procurado mostrar el rol que cabe atribuir al saber psicológico en el cruce del discurso médico con una trama de temas y problemas más amplia, que sin dudas desbordaba el trastorno alimenticio en cuestión.

En el primer momento estudiado el problema de la inapetencia dio lugar a consideraciones acerca de la necesidad de disciplinar los hábitos alimenticios del niño, asumiendo la premisa según la cual el comportamiento infantil era sumamente influenciado por los estímulos del medio. A su vez, la indicación de moderar los mimos y la sobreprotección puso en primer plano la imposición de cierta autoridad sobre las manifestaciones infantiles. Este hecho se vinculó con un modo de pensar el desarrollo infantil en el seno de la familia nuclear como agente socializador, aspecto que cobraba particular relevancia en un contexto de inestabilidad política y potencial conflictividad social.

En cuanto al segundo momento, si bien muchos de los postulados planteados en las décadas previas seguían en pie, el discurso de la medicina infantil recurrió a conceptos y teorías provenientes de la psicología y del psicoanálisis en el marco de un creciente interés en torno al pleno desenvolvimiento de la personalidad infantil en el seno de la familia entendida como un conjunto de relaciones centradas en la cualidad de los intercambios afectivos.

Si bien a lo largo de todo el período estudiado se atribuyó un papel central al entorno del niño en el origen de la “inapetencia esencial”, la forma de concebir esa influencia se modificaría en consonancia con el cambio en las referencias teóricas. Así, si anteriormente el entorno podía influir de modo negativo debido a ciertas maniobras inadecuadas o manifestaciones de afecto desmedidas, hacia el final del período estudiado el ambiente cobraba importancia por la posibilidad de incidir significativamente en el desarrollo emocional del niño y en el despliegue de sus potencialidades.

Es claro que el recorrido realizado no agota el estudio de un tema sin dudas amplio y con múltiples dimensiones de análisis. Lejos de tal pretensión, hemos intentado dejar planteada una serie de ideas y puntos de debate en torno a la circulación de los saberes psicológicos en el ámbito médico local y su rol en la subjetivación de padres e hijos hacia mediados del siglo XX.

Referencias

Baranchuc, M. (1938). Consideraciones sobre la anorexia mental de los lactantes. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires, IV*, 297-302.

Biernat, C. & Ramacciotti, K. (2013). *Crecer y multiplicarse: la política sanitaria materno-infantil. Argentina 1900-1960*. Buenos Aires: Biblos.

Billorou, M. J. (2007). Madres y médicos en torno a la cuna. Ideas y prácticas sobre el cuidado infantil (Buenos Aires, 1930-1945). *La Aljaba - Segunda época, XI*, 167-192.

Borinsky, M. (2005). Todo reside en saber qué es un niño. Aportes para una historia de la divulgación de las prácticas de crianza en Argentina. *Anuario de investigaciones, XIII*, 117-126.

Borinsky, M. (2010). *Historia de las prácticas terapéuticas con niños. Psicología y cultura (1940-1970)* (Tesis del Doctorado inédita). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Buzzo, A., Agostini de Muñoz, A. & Calabrese, A. (1939). Contribución al estudio de las causas de la aversión del lactante al seno materno. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires, V*, 183-186.

Carli, S. (2012) [2002]. *Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la historia de la educación argentina (1880-1955)*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Colángelo, M. A. (2011). El saber médico y la definición de una “naturaleza infantil” entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX en la Argentina. En Cosse, I.; Llobet, V.; Villalta,

C. & Zapiola, M. C. (Eds.), *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil: siglos XIX y XX* (pp. 101-121). Buenos Aires: Teseo.

Cosse, I. (2005). La infancia en los años treinta. *Todo es Historia*, 457, 48-54.

Cosse, I. (2010). *Pareja, sexualidad y familia en los años sesenta*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Cosse, I; Llobet, V.; Villalta, C. & Zapiola, M. C. (2011). Introducción. En Cosse, I; Llobet, V.; Villalta, C. & Zapiola, M. C. (Eds.), *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil: siglos XIX y XX* (pp. 11-28). Buenos Aires: Teseo.

Darré, S. (2013). *Maternidad y tecnologías de género*. Buenos Aires: Katz Editores.

Elizalde, F. de (1942). La lactancia natural y el médico. *Infancia. Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos*, VI(1), 17-19.

Elizalde, P. de (1937). Conferencia inaugural de la Cátedra Libre de Puericultura de la Primera Infancia. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 11, 1093-1111.

Escardó, F. (1936). ¿Por qué no tiene apetito? *HIJO MÍO..!*, I(6), 350-352; 387.

Escardó, F. (1940). *La inapetencia infantil*. Buenos Aires: El Ateneo.

Escardó, F. (1962) [1954]. *Anatomía de la Familia*. Buenos Aires: El Ateneo.

García, L. N. (2012). *La recepción de la psicología soviética en la Argentina: Lecturas y apropiaciones en la psicología, psiquiatría y psicoanálisis (1936-1991)* (Tesis Doctoral inédita). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Garrahan, J. P. (1955a). La nueva Puericultura. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XXVI(1), 128-134.

Garrahan, J. P. (1955b). *La Salud del Hijo. Puericultura*. Buenos Aires: El Ateneo.

Garrahan, J. P. (1956). Aspectos psicológicos de la técnica alimentaria del niño. *El Día Médico*, XXVIII(5), 185-188.

Gesell, A. & Ilg, F. (1960) [1948]. *La educación del niño en la cultura moderna*. Buenos Aires: Editorial Nova.

González, J. M. (1941). Peligros del alcoholismo. La degeneración hereditaria. *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, V(1, 2, 3), 651-656.

Klappenbach, H. (1995). Psicología y campo médico. Argentina: años '30. *Cuadernos Argentinos de Historia de la Psicología*, I(1/2), 159-226.

Leonard, J. (1983). Eugenismo y Darwinismo. Esperanzas y perplejidades en los médicos franceses del Siglo XIX y principios del Siglo XX. En AAVV, *De Darwin au darwinisme. Science et idéologie*, París: Vrin. Recuperado de: <http://www.elseminario.com.ar/>

Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Potter, E. (2006). *Feminism and Philosophy of Science. An Introduction*. London: Routledge.

Rose, N. (1990). *Governing the soul: the shaping of the private self*. London/New York: Taylor & Frances/Routledge.

Rustoyburu, C. (2012). Los consejos sobre crianza del Dr. Bonanfant: pediatría, psicoanálisis y escuela nueva (Buenos Aires, fines de la década de 1930). *Temas y debates*, 23, 103-124.

San Martín, A. M. de (1939). Anorexia infantil. *Archivos Argentinos de Pediatría*, XII(2), 256-277.

Schiavone, G. (1940). Consideraciones sobre la anorexia infantil. *Revista Oral de Ciencias Médicas*, V(54), 459-472.

Stepan, N. (1991). *"The hour of eugenics". Race, gender and nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press.

Taillens, J. (1938). La nervosité de l'enfant. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, IV(4), 65-75, 273-277.

Talak, A. M. (2014). El desarrollo psicológico entre la naturaleza, la cultura y la política (1900-1920). En García, L. N., Macchioli, F. A. & Talak, A. M. *Psicología, niño y familia en la Argentina 1900-1970: perspectivas históricas y cruces disciplinares* (pp. 45-96). Buenos Aires: Biblos.

Turró, R. (1945). *Orígenes del conocimiento. El hambre*. Buenos Aires: E.M.C.A.

Ugarte, F. (1944). *La inapetencia en el niño de primera infancia*. Trabajo del quinto año de adscripción a la cátedra Puericultura Primera Infancia. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires.

Ugarte, F. (1950). Algunos problemas prácticos de puericultura considerados desde el punto de vista psicoanalítico. *Revista de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, XVI, 133-142.

Ugarte, F. (1952). *La conducta alimentaria infantil. Sus anomalías. La inapetencia* (Tesis del Profesorado inédita). Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires.

Vezzetti, H. (1985). Viva Cien Años: algunas consideraciones sobre familia y matrimonio en la Argentina. *Punto de Vista*, 9, 5-10.

Vezzetti, H. (1996). Los estudios históricos de la psicología en la Argentina. *Cuadernos Argentinos de Historia de la Psicología*, 2, 1/2. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis.