

# Históricas Digital

“Capítulo II. El Hospital Víctor Larco Herrera. Desde que se fueron las monjas hasta las reformas de Caravedo”  
p. 63-94

Andrés Ríos Molina

*Locura y psiquiatría en Perú, 1859-1947. Instituciones, miradas, juicios y prejuicios*

México

Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Fondo Editorial

2023

256 p.

Fotografías

ISBN UNAM 978-607-30-8096-5

ISBN UNMSM, Fondo Editorial 978-9972-46-732-5

Formato: PDF

Publicado en línea: 2 de diciembre de 2024

Disponible en:

<http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/822/locura-psiquiatria.html>



INSTITUTO  
DE INVESTIGACIONES  
HISTÓRICAS

D. R. © 2024, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas. Se autoriza la reproducción sin fines lucrativos, siempre y cuando no se mutile o altere; se debe citar la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, se requiere permiso previo por escrito de la institución. Dirección: Circuito Mtro. Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510. Ciudad de México



## CAPÍTULO II

### **El Hospital Víctor Larco Herrera. Desde que se fueron las monjas hasta las reformas de Caravedo**

Con la presidencia de Nicolás de Piérola (1895-1899) inició la etapa conocida como la República Aristocrática, periodo en el que la oligarquía agroexportadora se mantuvo en el poder gracias al Partido Civilista. El crecimiento económico generado por la producción industrial de recursos naturales vino de la mano con la estabilidad política y la modernización del Estado. Para tales fines, la inversión en infraestructura y el desarrollo de políticas sanitarias fueron prioridades en aras de transformar el país. Dicha prosperidad se evidenció en las calles de Lima: alumbrado público, transporte masivo, espacios públicos, políticas e instituciones sanitarias y educativas, entre otras. Estas reformas fueron impulsadas por una élite que creía que el progreso científico permitiría reordenar y «mejorar» las condiciones de vida de la sociedad peruana (Cueto y Contreras, 2007, pp. 200-230; Mannarelli, 1999; Drinot, 2009, p. 213). En ese orden de ideas, las autoridades consideraron que era urgente cerrar el Hospicio de Insanos y construir una institución moderna donde se diera tratamiento eficiente a los 363 internos que allí vivían hacinados en 1898. El sitio elegido para erigir la nueva institución fue Magdalena del Mar y en 1901 se puso la primera piedra pero, debido a falta de recursos y a cambios en el proyecto inicial, fue hasta enero de 1918 cuando finalmente se inauguró el Asilo Colonia de la Magdalena. Dos años después, cambió de nombre a Hospital Víctor Larco Herrera, en honor al filántropo que, además de aportar una muy generosa cantidad de libras peruanas para la construcción de los pabellones que hacían falta, impulsó numerosas reformas para mejorar la calidad de vida de los pacientes y cuestionó abiertamente el trabajo hecho por las Hermanas de la Caridad en un enfrentamiento que terminó con la retirada de las religiosas. En palabras de Javier Mariátegui (1980), la presencia de Larco Herrera fue clave para desterrar el «sistema represivo e inhumano» sostenido por las religiosas: «El apoyo de un laico decidido, influyente y rico permitió que primara el criterio técnico sobre el peso de la tradición, y que los médicos asumieran a plenitud sus propias funciones» (pp. 15-16).



El primer director de esta institución fue Hermilio Valdizán, quien ocupó ese cargo hasta que falleció en 1929. No obstante, contamos con muy pocas fuentes para documentar su desempeño en la dirección, ya que los informes anuales dirigidos a la Beneficencia dejaron de elaborarse. Como demostraremos en el capítulo III de este libro, Valdizán fue un prolijo escritor en la década de los veinte, lo que se evidencia en sus abundantes libros de historia, etnografía e higiene mental; pero podemos afirmar que su labor como director del hospital no fue particularmente notable. Cuando falleció, en su reemplazo fue nombrado Baltazar Caravedo, quien inició una nueva era en la institución. Su prioridad fue transformar al Hospital Víctor Larco Herrera en una institución eficiente y moderna en el marco de estándares internacionales. Estos fueron años de un acelerado crecimiento de la población: pasó de 1035, en 1929, a 1665, en 1947, año en que alcanzó su máxima cantidad de pacientes. Al mismo tiempo, fue el espacio para la formación y consolidación de las primeras generaciones de psiquiatras: en la primera estaban Honorio Delgado, Baltazar Caravedo, Hermilio Valdizán, Sebastián Lorente, y la siguiente fue integrada por Carlos Krumdieck, Federico Sal y Rosas, Carlos Gutiérrez Noriega, Francisco Valega y Max Arnillas Arana. Si bien todos ellos estaban dedicados a la atención, investigación y formación, Caravedo era quien planeaba y diseñaba varias estrategias institucionales que veremos en este capítulo.

La entrega y dedicación de Caravedo a la administración del Hospital Víctor Larco Herrera se puede percibir en las *Memorias* que presentó cumplidamente a la Beneficencia, donde aparecen informes detallados del movimiento de pacientes según los pabellones y los servicios, actas de sesiones de médicos, medicamentos suministrados, ingresos y egresos, proyectos para realizar modificaciones a los procedimientos o a los espacios, correspondencia con las autoridades con solicitudes concretas y planteamiento de problemas. Como resulta claro, estas fuentes oficiales distan de los *Libros de correspondencia* del antiguo Hospicio, razón por la que no contamos con información sobre las relaciones entre la institución y las familias de los pacientes. Más bien, vemos la gestión de un director comprometido con transformar la institución en interacción con las autoridades de la Beneficencia. En esta fuente vemos una preocupación que podemos rastrear desde los años en los que José Casimiro Ulloa dirigía El Cercado a mediados de siglo XIX hasta la administración de Caravedo: tener personal capacitado para atender a los internos y buscar los mecanismos necesarios para reducir la cantidad de pacientes crónicos. Tengamos presente que, antes de la revolución psicofarmacológica de mediados de siglo XX, la base de las instituciones psiquiátricas era dar un trato apropiado a los pacientes: ofrecerles buena comida, espacios aseados y libres de

hacinamiento, y la planeación de diversas actividades y rutinas en función de las características de cada persona. Además, para evitar la sobrepoblación se requería de mecanismos para que las familias se hiciesen cargo de sus pacientes y no los abandonaran en el encierro hasta llegar a la cronicidad. Para tales efectos, el éxito de una institución dependía de tener suficiente personal debidamente capacitado. Bajo este parámetro, las instituciones privadas donde había un pago por parte de las familias, generalmente, iban a funcionar mejor que las públicas, donde la precariedad estaba a la orden del día<sup>38</sup>. Justamente esta fue una de las prioridades de Caravedo: como diez años atrás, las monjas habían dejado súbitamente la institución, su reto principal fue formar al personal de enfermería desde lineamientos científicos, razón por la cual fundó la Escuela de Enfermería Psiquiátrica, que funcionó hasta mediados de la década de los cuarenta, cuando se unificaron todas las escuelas de enfermería de Lima en una sola. Como veremos, este proyecto fue una notable iniciativa, ya que logró formar 14 generaciones en esta materia; sin embargo, hubo numerosos inconvenientes. Un segundo proyecto de Caravedo fue la creación del Dispensario de Higiene Mental, el cual tenía como objetivo dar consulta externa a pacientes que presentaban síntomas mentales, pero que no necesariamente requerían de la internación. Como lo señaló Jennifer Lambe (2022) para el caso cubano, las instituciones psiquiátricas fueron espacios donde el Estado se esmeraba por desplegar sus épicas narrativas de modernidad transformadora, pero los hechos mostraban otra cosa: una crisis constante de la que se salía con eventuales excepciones. En los años aquí analizados del Hospital Víctor Larco Herrera, se evidencia el mismo fenómeno: numerosos proyectos por traer la anhelada modernidad psiquiátrica; sin embargo, había una realidad signada por los mismos problemas que se arrastraban desde mediados del siglo XIX. Si bien son numerosas las temáticas que podemos abordar para historiar las primeras décadas de esta institución, nos vamos a limitar a tres aspectos: la fundación, el papel desempeñado por Larco Herrera y las reformas impulsadas por Caravedo.

## Los sueños de un Manicomio Nacional

Todo comenzó el 10 de abril de 1896 cuando Nicolás de Piérola dio la orden de organizar un concurso y premiar el mejor proyecto para la construcción de

---

38 Sobre la importancia de las instituciones privadas en la historia de la psiquiatría, véase Ackerknecht (1986).



un nuevo manicomio. Al final llegaron tres propuestas y fue seleccionada como ganadora la presentada bajo el seudónimo de Eureka, quien era nada menos que Manuel Antonio Muñiz, plasmada en tres cuadernos y 17 planos explicativos<sup>39</sup>. El 3 de octubre de 1896, el presidente de la república ordenó la conformación de una comisión, presidida por el director de la Beneficencia, para la planeación del nuevo Manicomio Nacional, cuyo proyecto se aprobó el 13 de febrero de 1897. Para ello se destinó el 25% de lo generado por el Ramo Suertes, y el presupuesto asignado para que la comisión preparara los planos fue de 650 000 soles. El problema es que este dinero era insuficiente para el proyecto (Valdizán, 1923, p. 156). Pese a esto, se buscó iniciar la construcción «de la parte más urgente», pero lo que quedó claro desde el principio es que el proyecto para modernizar la psiquiatría nació sin los fondos necesarios. Por esto, la comisión recomendó buscar la forma de conseguir más recursos e iniciar los trabajos en los predios de la hacienda Santa Beatriz.

Justo en ese momento falleció Muñiz y para tener un asesor de nivel internacional se sugirió en el Congreso contratar a un extranjero, pero Domingo Olavegoya, inspector del Hospicio de Insanos, se manifestó en contra y se tomó la decisión de contratar al doctor David Matto para que fuera a Europa a perfeccionarse en psiquiatría y regresara para asesorar el proyecto. En el contrato firmado, él se comprometió a

hacer un estudio de la organización de las casas de insanos de las mejoras introducidas últimamente en el servicio técnico y administrativo de ellas, y de todas las cuestiones de jurisprudencia médica relacionadas con la admisión y la permanencia de los enajenados remitiendo, de tiempo en tiempo, los planos que le sea posible adquirir de los establecimientos que visite, reglamentos que los rigen, instalaciones eléctricas y reflexiones propias que su observación le sugiera (Valdizán, 1923, p. 161).

Además, tenía que comprobar el haber tomado clases en clínicas especializadas con reconocidos psiquiatras, «celebridades notoriamente conocidas en el mundo científico». A su regreso, se comprometía a prestar sus servicios «de manera indefinida» al mundo de los enfermos mentales. Matto estuvo 14 meses en Europa, según había quedado estipulado en el convenio, y a su regreso no había avance alguno con la construcción del soñado Manicomio Nacional. Entre los miembros de la comisión, Matto y otros apoyaban que iniciara la construcción en los

---

39 El proyecto es mencionado en lo general en el capítulo anterior.

terrenos de Santa Beatriz, mientras que el director de Obras Públicas apoyaba que fuera en Magdalena del Mar. En ese debate intervino la Academia Nacional de Medicina para opinar en favor de Matto. Sin embargo, no se autorizó esta propuesta, ya que dichos terrenos eran destinados para siembra de pastos a los caballos del ejército y, además, se planeaba construir allí una escuela de agricultura. Cuando Piérola terminó su periodo presidencial, ni siquiera se había definido en dónde se erigiría el manicomio que él había propuesto. De manera que, en 1901, se adquirieron los terrenos que tanto debate habían generado en Magdalena del Mar y una parte fue donada por el mismo Domingo de Olavegoya, director de la Beneficencia (Valdizán, 1923, p. 164). El 18 de agosto de 1901 se puso la primera piedra del nuevo Manicomio Nacional y rápidamente se construyeron dos pabellones para pensionistas y el edificio central para la administración, y se iniciaron los trabajos para otros dos pabellones. Empero, en 1903, el mencionado director señaló que el panorama

era poco menos que desastroso [...]. En el transcurso del año se ha llegado casi al convencimiento de que la terminación de la obra va resultando poco menos que imposible, y que, a fin de no ahondar el desastre, se ha impuesto la precisión de suspenderla.

Por una parte, el diseño tenía un costo muy elevado y, por otra, había una clara dificultad para tener agua en los terrenos elegidos, además existía un pleito jurídico por una parte de los terrenos con la universidad (p. 165). Después de un análisis por la nueva comisión se acordó que se requería un millón y medio de soles, pero la Beneficencia solo contaba con 400 000, razón por la que se sugería cancelar los contratos de construcción. Por ello, se reformuló el proyecto y se redujo la construcción de pabellones, pero esta propuesta no fue aprobada por el Supremo Gobierno que ordenó seguir con el plan original.

Llegó el año 1906 y las obras seguían paralizadas (p. 170). Fue hasta 1910 que un equipo de ingenieros logró demostrar que sí había pozos subterráneos con capacidad suficiente para 5000 personas, lo cual movilizó nuevamente la reanudación de los trabajos de construcción. Sin embargo, por razones desconocidas, comenzó a funcionar en los edificios construidos el Higiocomio de la Infancia, aunque rápidamente se cerró para dar lugar a la Escuela de Economía Doméstica. En 1912 se propuso construir un manicomio para hombres en el fundo Palomino, pero por fallas técnicas en las pruebas de bombeo de agua se desechó esta idea; por ello, el nuevo inspector del Hospicio, Federico Elguera,



sugirió recuperar y retomar el proyecto de Magdalena del Mar. Como respuesta, en marzo de 1914 regresó la construcción a manos de la Beneficencia y se clausuró la mencionada escuela, ya que el mantenimiento resultaba muy costoso para el fisco. Finalmente, se retomó la obra y el 1 de enero entró en funciones el Asilo Colonia de la Magdalena, después de 23 años de planeación e intentos fallidos. Lejos del diseño original, comenzó a funcionar con dos pabellones para pensionistas, dos para crónicos, dos para «débiles y gatosos», un pabellón para admisión, Servicios Generales, vivienda para el médico residente, cocina, lavandería, mortuorio e hidroterapia. Estaba claro que este cambio había ocurrido «contra lo estatuido por la psiquiatría moderna», pero se esperaba que fuera algo temporal (*La Crónica Médica*, 1919, p. 94).

El Asilo Colonia de la Magdalena fue erigido en los antiguos terrenos de la hacienda Orbea, que ocupaba un área de 289 183 metros cuadrados y estaba localizada a cinco kilómetros de Lima, frente a la avenida del Ejército, que cumplía la función de unir el balneario de Miraflores con el pueblo de Magdalena del Mar. Para llegar, se tomaba el tranvía eléctrico en Lima durante 20 minutos por 15 centavos en primera clase y diez centavos en segunda. Al igual que en El Cercado, había pensionistas, solo que aquí se dividieron en cuatro categorías, aunque no sabemos muy bien en qué consistían las diferencias en la práctica: extraordinarios (que pagaban 30 libras peruanas al mes), de primera (12 libras peruanas), de segunda (ocho libras peruanas) y de tercera (cuatro libras peruanas). El espacio estaba dividido de la siguiente manera: pabellón de Administración, Servicio de Admisión a cargo de Hermilio Valdizán, Pensionistas Mujeres a cargo de Estanislao Pardo Figueroa, Pensionistas Varones con Wenceslao Mayorga a cargo, Régimen Común de Hombres con Sebastián Lorente, y Régimen Común de Mujeres con Baltazar Caravedo. El pabellón de Servicios Generales contaba con laboratorio, fisioterapia, gabinete de fisiología experimental, museo, biblioteca, gabinete odontológico y farmacia. Y gracias al donativo de Larco Herrera estaban en construcción los espacios para clinoterapia, el pabellón para infectocontagiosos, los talleres y el gallinero. Además del inspector y los cinco médicos, trabajaban un capellán, cinco alumnos internos, un dentista, un farmacéutico, una enfermera jefa, cinco enfermeras, cinco enfermeros, 48 asistentes y 44 asistentas.

Pero faltaba un actor clave. Caravedo visitó al conocido empresario, filántropo, varias veces senador y exalcalde de Trujillo, Víctor Larco Herrera, en su hacienda Roma, donde había trabajado como médico por una breve temporada. En esa visita le planteó la triste condición de los pacientes mentales y la necesidad de apoyo (Caravedo Prado, 1985, pp. 60-64). Cuando visitó la institución en

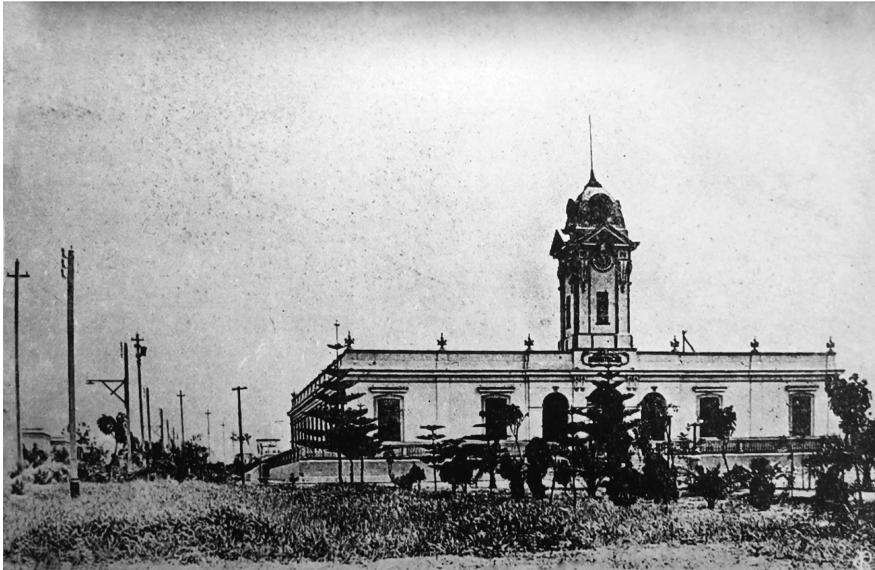


FOTO 7. Asilo Colonia de la Magdalena.

Fuente: *La Crónica Médica* (1919).



FOTO 8. Asilo Colonia de la Magdalena.

Fuente: *Beneficencia* (1920).

1918, fue designado como socio de la Beneficencia; además, hizo un donativo que fue considerado como el más grande que hasta ese momento se había hecho en la historia de la filantropía peruana (60 000 libras peruanas), y al año siguiente aceptó desempeñarse como inspector, lo cual, como veremos, permitió terminar los pabellones inconclusos y apoyar a los médicos en la expulsión de las religiosas. Así quedó conformado, como se observa en la foto, el primer cuerpo médico junto al benefactor Larco Herrera. En 1920 renunció Pardo Figueroa y fue contratado Honorio Delgado. Este fue el grupo que lideró lo que Caravedo llamó la «Segunda Reforma Psiquiátrica» (p. 89).

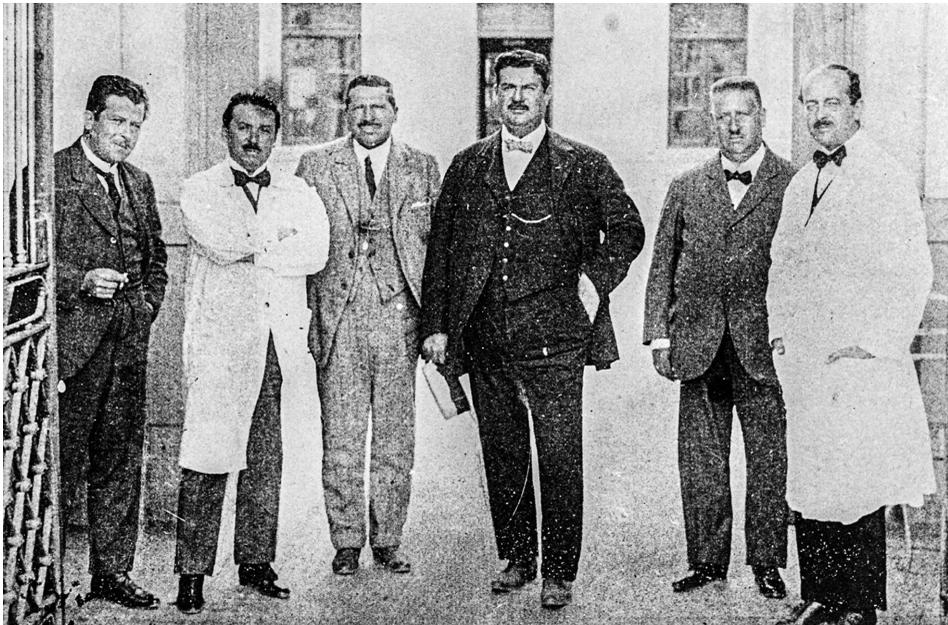


Foto 9. Inspector Víctor Larco Herrera y el cuerpo de médicos.

Fuente: Beneficencia (1920).

### Víctor Larco Herrera y su pelea con las monjas

En la sesión del 1 de enero de 1919 fue elegido Víctor Larco Herrera por la Beneficencia como inspector del Asilo Colonia de la Magdalena (Valdizán, 1934, p. 101). Este acaudalado empresario era miembro de una de las pocas familias que controlaba la economía y la política en Perú (Portocarrero, 2013, pp. 112-114). Era propietario de extensos predios dedicados al cultivo de la caña de azúcar,

el principal de estos fue la hacienda Roma localizada en el valle de Chicama. Incursionó en la política como senador en 1904 y como alcalde de Trujillo en 1913. Según la hagiografía escrita por Hermilio Valdizán, tanto en su carácter de gobernador como de gerente de una hacienda, Larco Herrera fue un hombre generoso cuyas medidas tomadas fueron pensadas en beneficio de la población más pobre. Por ejemplo, las viviendas de los trabajadores de Roma, la calidad de la comida, la atención médica y los cuidados para la infancia eran muy superiores en comparación con la vida que tenían otros trabajadores de la región. Además, obras de irrigación y modernización en los medios de transporte y en los espacios públicos fueron herencia de la administración de Larco Herrera (Valdizán, 1934, pp. 63-99). Baltazar Caravedo había trabajado en el consultorio médico de la hacienda Roma y, obviamente, conocía a Larco Herrera, razón por la que no dudó en buscarlo e invitarlo a conocer las condiciones del recién inaugurado Asilo Colonia. Además de ofrecer una generosa donación para continuar con la construcción de todo lo que había quedado en los planos, fue nombrado inspector. Fue tal su cotidiano esfuerzo por mejorar la dieta y la vida de los pacientes que se tomó el tiempo para ir personalmente todos los días al mercado en busca de la comida más barata y de mejor calidad. Desde el primer día entró en un abierto enfrentamiento con las religiosas que venían del Hospicio de Insanos. Larco Herrera contó con el apoyo total del cuerpo médico y de los periódicos de mayor circulación. Como ya lo anticipamos, el cuestionamiento a la labor de las religiosas terminó en la retirada de estas y en un ambiente de victoria que sentaba la base de una nueva narrativa: por fin desaparecía la causa del abandono de los pacientes, el maltrato por medio de grilletes, jaulas y otros medios de contención violentos. Iniciaba una nueva era basada en la ciencia. Veamos en que consistió la pugna.

En la primera reunión que sostuvieron los médicos y el nuevo inspector, aquellos manifestaron la urgente necesidad de eliminar la contención brutal a la que estaban sometidos los pacientes; además, señalaron que eran numerosas las enfermedades que se generaban por falta de higiene, fenómeno que se presentó tanto en el viejo Hospicio como en el nuevo asilo. Para ellos, el origen del problema radicaba en la difícil relación que tenían con las Hermanas de la Caridad, ya que ellas pensaban más en sus propios intereses que en las necesidades de los pacientes; por esto, era evidente el contraste entre las comodidades en que vivían, frente al desaseo y los abundantes instrumentos de control usados con los locos (p. 102). Además, las acusaron de tener salarios muy elevados, inflar las estadísticas e informar más pacientes de los que realmente había, compraban comida



barata y dañada que generaba afecciones gastrointestinales en los pacientes, y ni hablar de los numerosos maltratos y castigos que recibían los pacientes pese a que los médicos pedían constantemente un cambio en tan violentos métodos.

El único instrumento de tortura que no acompañó a las religiosas en su traslación [...] fue la célebre *jaula*, tristemente célebre en los Anales de la asistencia de alienados en el Perú y de la cual se hizo un verdadero auto de fe durante la permanencia en Lima del Prof. Cabred, el celebrado alienista argentino. Pero si las jaulas se quedaron en Lima, marcharon con las religiosas las camisas de fuerza y, lo que es más grave todavía, aquella convicción empírica de ser la alienación mental un castigo de la divinidad o una perversidad moral que solo la pena puede modificar (p. 124).

Era tal la autoridad de las monjas que, según Valdizán (1934), ellas decidían qué tratamientos se debían dispensar y a qué pacientes, además no reconocían la autoridad del inspector. Ellas seleccionaban los pacientes para que los vieran los médicos y había días en los que decían que «no había enfermos» e impedían el ingreso de los médicos a los pabellones. Tampoco se respetaban los recetarios (p. 131). Un año después de inaugurado el asilo, este no se había terminado por impedimento de las religiosas (p. 139). Asimismo, los *Libros de registro* eran incompletos y hasta estaban mutilados.

El *Reglamento del Hospicio de Insanos* de 1897, en su artículo 10, decía: «El régimen administrativo y económico, así como la vigilancia en la ejecución práctica del servicio hospitalario de todos sus ramos, corren a cargo de la Superiora de las Hermanas de la Caridad que asisten el Hospicio» (*Reglamento*, 1897, p. 7). Esto cambió en el reglamento de 1919, lo que detonó el enfrentamiento con las monjas debido a que se separaba lo médico de lo administrativo, y se eliminaba la participación de las religiosas en la dirección y en los tratamientos (Valdizán, 1934, p. 106). De manera puntual, en el artículo 21 se estipulaba que lo médico «funciona con completa independencia de ellas» (Beneficencia, 1931, p. 15). Su trabajo se reducía a la limpieza y a dar apoyo al cuerpo médico; además, enfermeros y enfermeras ya no estaban bajo el mando de las monjas sino de los médicos y ellas mantenían el control solamente sobre sirvientes y lavanderas. Esta reforma detonó la inconformidad de las religiosas.

Larco Herrera convocó a otra reunión al cuerpo médico el 16 de diciembre de 1919: Pardo Figueroa, Caravedo, Llorente y Mayorga defendieron la necesidad de mantener las reformas introducidas en el nuevo reglamento (Valdizán, 1934, p. 146). Pardo mencionó que las monjas ni saludaban a los médicos, ya que no

eran vistos como figuras de autoridad, al punto de haber un constante desacato de las órdenes que daban. La única prioridad para ellas era darles buena alimentación a los pensionistas, descuidando todo lo demás (p. 148). Lorente dijo que «la permanencia de las religiosas en el Asilo constituía un verdadero atentado contra la cultura nacional». Caravedo fue contundente en su crítica. Afirmó que era imposible asistir a los pacientes con las monjas de por medio, ya que ellas eran las que decidían quiénes podían ser atendidos por los médicos. El mismo Caravedo no pudo hacerle seguimiento a un solo paciente. Ellas eran las que decidían si un paciente debía o no ser dado de alta. Además, impedían que se tocara el tema de la sexualidad, según mencionó Caravedo: «La investigación psicológica era imposible en el Asilo [...]. Quiero hacer referencia a los trastornos de la actividad ovariana y a las desviaciones o perversiones de la actividad sexual, que tan alta importancia han adquirido en la psiquiatría contemporánea». Abordar estos temas «pecaminosos» era imposible. Por su parte, Valdizán «manifestó haber sido [...] el más radical de sus compañeros en su repudio de las Hermanas de la Caridad como asistidoras del Asilo». Por ello, 1918 fue un año estéril, porque las monjas le impidieron realizar el trabajo estipulado por el *Reglamento*, razón por la que llegó a pensar en renunciar; pero, gracias a la presencia de Larco Herrera, el régimen de terror había concluido (p. 150).

Los médicos tenían claro que estaban viviendo una transición de la Caridad a la asistencia desde el Estado:

Quando la Asistencia al hombre enfermo ha dejado de ser el fruto de la caridad, cuando se ha convertido en la obligación del Estado cada día más imperiosa y unánimemente reconocida, no puede sostenerse que continúe empírica: ella debe ser científica y bajo la dirección médica exclusiva a fin de que reporte todos los beneficios de que es capaz (Comisión de Redacción, 1919, p. 58).

Caravedo reconocía el papel de las religiosas a lo largo de varias décadas, sin embargo, consideraba injustificable la rebelión por parte de ellas al momento de perder su «poder omnímodo» y pasar a ser subordinadas de los médicos: «Que continúe siempre en el Asilo cumpliendo sus virtudes cristianas si es que sinceramente las profesa, pero que lo haga dirigido por el personal científicamente preparado». El periódico *La Prensa* afirmó que las religiosas habían llevado sus viejos métodos violentos a la nueva construcción, trasladando personal no calificado, ni educado (p. 59). *El Comercio* apoyó abiertamente a los médicos y dijo que eran merecedores de un aplauso público por sus esfuerzos para «humanizar



la asistencia de los infelices» y así frenar el uso de métodos violentos de coerción que antes eran frecuentes (p. 60). Según *La Crónica*, era triste ver la conducta de las religiosas al rebelarse frente a los «preciosos dictados de la ciencia» al amenazar con su retirada inminente. «Las mansas palomas del Señor se han rebelado» al darse cuenta de que eran vulnerados derechos que, desde una lógica científica, no tenían (p. 62). En medio de semejante escándalo, Estanislao Pardo Figueroa aclaró que el problema no era necesariamente con las órdenes religiosas, ya que él no se oponía a que otras llegaran en su reemplazo; según este médico, que desde fines del siglo XIX trabajaba con las religiosas en el Hospicio de Insanos, el problema era que las monjas deberían estar «mejor inspiradas en sus deberes y más al corriente de los progresos de la asistencia moderna de los alienados, podrían entonces prestar importantes servicios» (p. 63).

Finalmente, las monjas se fueron el 1 de abril de 1919 e inició una nueva etapa en la institución, donde los médicos se convirtieron en la autoridad, desaparecieron las técnicas del *restraint*, el trabajo se convirtió en la nueva bandera terapéutica, comenzó el uso sistemático de tratamientos como la opoterapia, el salvarsán y el neosalvarsán (Valdizán, 1934, p. 134). Además, las salas de lectura fueron dotadas de libros y periódicos y se planearon diferentes actividades para sacar a los pacientes de la inactividad total en la que vivían cuando las Hermanas de la Caridad estaban a cargo. También se buscó la forma de dotar de instrumentos musicales, al punto de que el famoso Federico Gerdes fue varias veces a ofrecer conciertos. En diciembre se pusieron árboles de Navidad, se repartió chocolate después de misa y se comenzó a castigar a quienes maltrataran a los enfermos (p. 137). En ese momento inició la construcción de tres espacios para la clinoterapia, los talleres, el museo, la biblioteca, el laboratorio de psicología experimental, el pabellón para infecciosos, las villas independientes para epilépticos, un pabellón para niños anormales (que había sido eliminado por las Hermanas de la Caridad para poner la administración), las casitas para los empleados de la labor agrícola, el horno crematorio de basura y una estufa para la desinfección de la ropa (p. 142).

Una vez retiradas las monjas y mientras todavía se respiraba el ambiente festivo de la victoria de la medicina sobre la religión, Honorio Delgado (1919) publicó un artículo donde invitaba a no cantar victoria, pues los problemas de la institución y de la locura en Perú no se arreglaban con la ausencia de las Hermanas de la Caridad. Un primer aspecto que señalaba era la gran distancia que existía entre los psiquiatras y los problemas reales de salud mental del país. Por ejemplo, no tenían como llegar a la gran cantidad de locos de las prisiones, puesto que entre el 10% y el 50% eran «alienados del tipo clásico» y una vez

cronificados eran enviados al Hospital Víctor Larco Herrera; además, los débiles mentales eran considerados «como una planta exótica» que no era tomada en cuenta (p. 205). Con relación a la retirada de las monjas, el único cambio real que se había logrado introducir era el *non-restraint*, el cual tenía más de seis décadas funcionando como propuesta hegemónica:

No nos engañemos: con sólo conseguir que la dirección técnica esté a cargo del cuerpo médico y que el personal subalterno sea más numeroso y mejor preparado, no se logrará instituir el tratamiento verdaderamente científico: afirmar lo contrario sería una mistificación (p. 206).

La tarea a la que apuntaba Delgado era colosal y estaban muy lejos de siquiera iniciarla:

Medir experimentalmente la capacidad mental de los enfermos y determinar sus especiales aptitudes utilizables, reconocer los conflictos causantes de la enfermedad, hacer las investigaciones fisiopatológicas de laboratorio necesarias para combatir los factores somatógenos de la psicosis, organizar el trabajo de los alienados sobre la base de las necesidad y aptitudes psicológicas y de las conveniencias fisiológicas de cada uno, realizar la educación de los deficientes y la reeducación de los deteriorados, practicar la alta psicoterapia en los casos que lo requieran y la preparación de los convalecientes para la readaptación al medio social: son otras tantas funciones que reclaman nuevos médicos, sin los cuales el Asilo nunca se transformará en *Hospital psiquiátrico* (p. 206).

Para que hubiese un servicio destinado a débiles mentales, debía existir la figura del médico escolar primero. Del mismo modo, Delgado señaló los fuertes problemas que existían en la formación de especialistas, tanto en psicología como en psicopatología (p. 207). Por ello, decidieron fundar con Valdizán el Seminario Psicopedagógico, del que hablaremos en el capítulo iv de este libro. Con relación a la laborterapia, Delgado afirmaba que, si bien el reposo era ineficaz y además tendía a la cronicidad, por desconocimiento de la psicología se había exagerado el uso del trabajo (p. 208) y había quedado claro que este no era una panacea. Más bien, era perentorio planearlo de acuerdo con la estructura mental de cada quien y no como en una fábrica donde todos se ocupan en masa en las mismas actividades. De manera que se debía aquilatar la psicología vocacionalista para poder definir en cada caso para qué servía cada quien y qué actividad



le resultaba realmente terapéutica. En consecuencia, el trabajo terapéutico podía ser ineficiente si no era lo que realmente requería el sujeto. El muy elogiado trabajo que buscaba volver productivo al paciente debía funcionar a través de un departamento de readaptación social para que pudiesen volver a la vida social y adquirir poco a poco independencia. Una vez logrado esto, el paciente se conectaría con la institución a través de la consulta externa y la visita de enfermeros a las familias. Se requería, además, la creación de dispensarios psiquiátricos y consultorios externos en los hospitales generales, y ni hablar de la necesidad de introducir la enseñanza de la psicología en la medicina. Así, la retirada de las monjas fue manejada por los médicos y la prensa como una victoria de la ciencia sobre el oscurantismo; sin embargo, si tomamos en cuenta lo señalado por Delgado, la batalla ganada era realmente insignificante ya que estaban muy lejos de convertirse en un espacio realmente eficiente. Por consiguiente, la modernidad que supuestamente se alcanzaría con la retirada de las monjas solo fue una ilusión momentánea, una victoria de muy escasas proporciones.

### **El viaje de Larco Herrera**

Una de las primeras acciones de Larco Herrera fue realizar un viaje de varios meses para visitar instituciones psiquiátricas en diferentes países en aras de establecer cuál era el modelo más apropiado para Perú. Recordemos que José Casimiro Ulloa, Manuel Antonio Muñoz y David Matto también hicieron lo mismo con el objetivo de absorber los avances de la modernidad médica europea y así transformar la atención a la locura que se daba en el Hospicio de Insanos. La diferencia ahora radicaba en que el enviado no era un médico, sino un acaudalado empresario que recorrió una docena de países para conocer en qué consistía la eficacia de las instituciones psiquiátricas. Esto era una contradicción: si hubo una lucha por que los médicos desplazaran a las monjas en la dirección de la institución, ahora se confiaba plenamente en un empresario sin formación en medicina para traer la modernidad a las instituciones psiquiátricas.

Llama la atención que Larco Herrera no concentró su mirada en Francia o Estados Unidos, donde estaban los psiquiátricos vanguardistas, y más bien su recorrido se concentró en países cuya infraestructura para la atención a pacientes mentales era igual o peor que en Perú. Además, por no ser médico, sus observaciones se concentraron en la parte asistencial y en buena parte de las características físicas de las instituciones. Así, este exalcalde y coleccionista de piezas arqueológicas tomó sus

maletas y viajó por seis meses en una misión en la que se autodesignó como buscador de los nuevos referentes asistenciales que se requerían en Perú.

Su primera parada al salir de Lima fue Buenos Aires, donde se encontró con Domingo Cabred, quien ya había estado en Lima un par de años atrás y en una mítica acción fue a El Cercado y rompió las cadenas de los locos, por lo cual lo llamaron el Pinel en Perú, aunque de dicha acción no hemos encontrado documentación que la confirme. Larco Herrera quedó sorprendido con la reforma de Cabred: «el *open door* y el asilo de retardados de Torres constituyen la síntesis luminosa de la obra enorme llevada a cabo por el alienista argentino» (Larco Herrera, 1920, p. 6). La obra de Cabred le valió aparecer en el libro *L'a assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni* (1918), donde solo se habla del *open door* y del Hospicio Nacional de Alienados de Brasil como las instituciones modelo en América Latina. Un aspecto central a resaltar en Argentina es que lo técnico estaba separado de lo médico en un marco completamente laico (p. 7), donde las monjas podían estar presentes, pero solo en calidad de asistidoras y no como autoridades administrativas y mucho menos médica. Si bien el antiguo y gran Hospicio Las Mercedes «no corresponde a lo deseado», destaca el riguroso registro de pacientes gracias al uso de la fotografía. Sobre el asilo mixto para niños retardados, localizado a 68 kilómetros de Buenos Aires, escribió: «He asistido a la labor majestuosa de esos profesionales humildes que buscan en la tiniebla espiritual de un niño imbécil el destello de la inteligencia que pueda hacerles menos pesado el fardo de la vida y que pueda hacerles menos agresivo el ambiente», dividiendo entre educables e ineducables (p. 9).

La siguiente escala en el viaje de Larco Herrera fue la capital de Uruguay, donde visitó el Villardebó, aunque «no ofrece nada de modernidad» (p. 11), allí se embarcó hacia Europa y en Barcelona visitó el San Baudilio de Llobregat del cual dijo «se ha intensificado el espectáculo de lo antiguo e inconveniente [...] ambiente místico en demasía y asistencia poco humanitaria», lo único notable es el lujo en que viven los pensionistas de primera categoría (p. 12). El Manicomio Esquerdo fue descrito como un lujoso hotel «sin nada digno de imitación». En Madrid llegó a las puertas del Santa Isabel de Leganés, el cual fue descrito como «inadecuado para el objeto que debe realizar». El único espacio que consideró rescatable de España fue la Casa de Salud Cenpozuelos, ya que era muy «ordenada y aseada»; además se daba asistencia a los militares, lo cual debía imitarse. Al final, fue tanta la tristeza que sintió al visitar el Manicomio Provincial, que compró un fonógrafo y 24 discos para regalarles unos minutos de alegría a los internos (p. 47).



Su viaje continuó hacia las islas británicas donde conoció el Long Grove Asylum en Epsom sobre el cual dijo: «No es posible concebir un mayor orden y una más ejemplar limpieza en las habitaciones o en el mobiliario». Allí se había abolido el *restraint* mecánico. Además, había espacio para fiestas, un cine y un teatro. Quedó fascinado, aunque no se enteró de que era un sitio para esterilizaciones masivas desde la eugenesia. De allí pasó a Maison Blancé en París, donde encontró interesante el trato a la agitación con clinoterapia en celdas acolchadas (p. 17). Al volver a España afirmó que el Manicomio Provincial de Cádiz es de «lamentable condición». Sobre Francia afirmó que «el departamento del Sena cuenta con seis asilos, entre los cuales se hallan los que he visitado, ninguno de los cuales representa la última palabra en materia de asistencia de alienados» (p. 43). Posteriormente tomó un barco de regreso y en el Caribe visitó el Manicomio Insular de San Juan en Puerto Rico, del cual dijo «nada digno de imitarse», y sobre el Asilo de Mazorra en Cuba mencionó que «ofrece el desagradable espectáculo del hacinamiento»; lo que sí resaltó fue el buen funcionamiento de la escuela de enfermería. Pasó a Guayaquil donde el Lorenzo Ponce «es limpio, pero [tiene] sistemas anticuados de asistencia» (p. 20). Así terminó el viaje de varios meses de este empresario por el mundo de la atención psiquiátrica. El balance de Larco Herrera fue el siguiente: «Nuestros enfermos no están mal atendidos»; sin embargo, todo podía mejorar con más terrenos para cultivos, agua para regadío, al punto de contribuir con leche y pan a la Beneficencia, establecer una dirección técnica, preparar el personal con una Escuela de Enfermeros y de Asistentes, mayor propaganda en el territorio nacional y examen psiquiátrico a todos los delincuentes, previo a los procesos judiciales (p. 26). Para Larco Herrera, como buen empresario, la clave terapéutica estaba en tener terrenos donde los pacientes trabajaran y generaran comida para las instituciones de la Beneficencia, lo cual implicaba tener una lógica capitalista como sinónimo de eficacia. En 1921, Víctor Larco Herrera renunció a su cargo como inspector del Asilo Colonia. Dejó como legado un donativo generoso y el apoyo para la expulsión de las monjas, ahora los médicos tenían que hacerse cargo.

### **La administración de Baltazar Caravedo**

Tenemos muy poca información de las acciones concretas de Valdizán como director del Larco Herrera debido a que solo hemos localizado su informe anual presentado a la Beneficencia del año 1921. Sabemos que durante los diez años

en que estuvo ocupando este cargo publicó numerosos trabajos sobre higiene mental, folklore psiquiátrico, historia, abundantes artículos periodísticos y editó con Honorio Delgado la *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas* (1918-1923) justo durante los primeros años del asilo. En la mencionada *Memoria* de 1921, Valdizán presenta como una de sus acciones relevantes la publicación de folletos sobre higiene mental, ciclos de conferencias impartidas por los médicos de la institución y una extensa propuesta sobre la necesidad de diseñar planes psicopedagógicos para llevar la psiquiatría a la infancia desde una lógica preventiva. Es muy probable que su prioridad fuese buscar las formas de incidir en lo social y así lograr reducir la cantidad de pacientes psiquiátricos, más no impulsar acciones concretas dentro del hospital a su cargo.

La poca información que tenemos nos permite confirmar que la recién inaugurada institución tenía problemas preocupantes. El primero de ellos fue que el 32% de los pacientes falleció por tuberculosis y varios se fugaron durante los primeros años debido al modelo *open door* (*Memoria*, 1920, p. 13). Otro problema tenía que ver con la cantidad de pacientes pobres que estaban curados, pero que no tenían dinero para volver a sus lugares de origen; durante la gestión de Larco Herrera como inspector, él sacaba dinero de su propio bolsillo para cubrir esos gastos, pero en su ausencia se esperaba que los Consejos Municipales se encargaran de ello, desafortunadamente no lo hicieron (*Memoria*, 1921, p. 74). Además, se evidenció que el egreso era reducido, ya que, por lo menos en el caso de las mujeres, «las familias de ellas se muestran poco diligentes para conducir las a sus hogares en el momento en que la opinión médica se pronuncia en sentido de esa traslación», de manera que era necesario hacer entender a las familias que solo a través de fortalecer el vínculo social era posible acelerar el proceso de recuperación; esto aparece en numerosos informes a lo largo de los años.

Cuando falleció Valdizán en 1929, Baltazar Caravedo fue nombrado director del hospital y su objetivo fue claro desde el primer momento: reorganizar y «subsanan muchas deficiencias y abolir costumbres reñidas con orden y disciplina» (*Memoria*, 1931, p. 1). Según Mariátegui (1982), la labor de este hombre por más de dos décadas como director del Larco Herrera no ha sido lo suficientemente reconocida por la historiografía (p. 10). La asistencia a los pacientes mentales fue su prioridad y prueba de ello son sus detallados informes anuales y las numerosas publicaciones donde reflexionaba sobre cómo mejorar la atención a los alienados en función de lineamientos internacionales. Valga mencionar que, en sus años como director, la cantidad de pacientes internados pasó de 1071 en 1931 a 1665 en 1947, año en el que alcanzó la cifra más alta. Lo primero que



detectó Caravedo fue que el porcentaje de curaciones era muy bajo debido a que los enfermos llegaban tarde y bastante deteriorados; además, la institución ya estaba sobrepoblada y había un porcentaje de pacientes que venía en estado de cronicidad del Hospicio de Insanos. Pese a los esfuerzos de Valdizán por impulsar la higiene mental, el nuevo director señaló que no se había fundado el dispensario de higiene mental ni se habían impulsado campañas eficaces contra la sífilis, tuberculosis, alcoholismo y otros «que perturban los centros nerviosos». Asimismo, con relación al trabajo como ruta terapéutica, no se había avanzado nada ya que, si bien se buscaba que los internos trabajaran, no se les podía emplear por la falta de condiciones técnicas (*Memoria*, 1931, p. 82). Por lo tanto, la falta de actividad que afectaba al Hospicio de Insanos seguía presente en el Larco Herrera.

En ese momento, 1931, habían sido concluidos los pabellones que en 1920 estaban en plena construcción gracias a la generosa donación de Larco Herrera. Además de los cuatro pabellones que estaban relativamente terminados en la inauguración (dos para pensionistas y dos para gratuitos hombres y mujeres, respectivamente), ya estaban terminados el pabellón para infectocontagiosos, los servicios odontoestomático, quirúrgico, social, fisioterápico (para baños calientes, de aseo y electroterapia), clinoterapia, talleres, cocina, panadería, gallinero, palomar y chiqueros para cerdos. Sin embargo, el hacinamiento parecía ser ese sino del cual no podía escapar la institución psiquiátrica peruana. En su primer informe, Caravedo señaló que

no es posible seguir los dictados de la ciencia, los consejos de la higiene, y con frecuencia ni siquiera se puede mantener el orden y la disciplina [...] los enfermos se pierden en la masa y como consecuencia del abandono terapéutico marchan a la cronicidad, con daño no solo para el individuo sino también para la familia y en último caso para el Estado (*Memoria*, 1931, p. 80).

El hacinamiento y la falta de personal de cuidado generaba escenas tan problemáticas como la observada en el pabellón 4: «La sobrepoblación no permite tener aparatos higiénicos en número suficiente, pues apenas son instalados y al menor descuido del personal de asistencia, son arrancados por los enfermos». Era tal el problema, que solo había cuatro baños y 150 camas para 300 pacientes... «así mismo las puertas y ventanas son continuamente destrozadas» (p. 139). Una de las causas del problema era que, cuando alguien estaba en condiciones de salir, no era posible debido a la falta de dinero para cubrir el viaje a sus zonas de origen o porque simplemente habían sido abandonados por las familias o porque no

podían conseguir trabajo para sostenerse por sí mismos (p. 178). En consecuencia, era urgente crear un sistema de «asistencia familiar» para darle apoyo y protección a quienes salían. Una medida para dar salida a pacientes que carecían de redes familiares era entregarlos a familias de empleados del hospital de «reconocida moralidad» que vivían cerca del hospital, muchas veces para realizar labores domésticas. Sin embargo, era una estrategia que solo ayudaba a unos cuantos.

Al siguiente año, Caravedo solicitó se construyeran nuevos pabellones: para pacientes judicializados, difíciles y peligrosos, otro para niños, un espacio quirúrgico y rayos x, además de una farmacia y un dispensario de higiene mental (*Memoria*, 1932, p. 4). También le comunicó a la Beneficencia la necesidad de comenzar a planear la construcción de espacios psiquiátricos en diferentes regiones del país, debido a que numerosos pacientes que eran remitidos de zonas lejanas generalmente fallecían por el camino, lo cual habla de una idea que se tenía del Larco Herrera como el último lugar donde llegaba un paciente cuando ya no había nada que hacer. Por ello era urgente dar preferencia a pacientes agudos y que en los hospitales se retuviera a los «delirantes, tíficos, puerperales, neumónicos y epilépticos, con la creación de dispensarios de higiene mental en zonas clave del país se reduciría mucho el hacinamiento» (p. 56). En respuesta a su solicitud, la Junta Pro Desocupados inició la construcción de dos pabellones para peligrosos (*Memoria*, 1933, p. 120); tengamos presente que estos pacientes eran particularmente problemáticos, ya que era relativamente fácil fugarse del hospital. Además, algunos eran violentos, como fue el caso ocurrido en 1932, cuando el enjuiciado Francisco Charún golpeó con un palo en la cabeza al empleado Tomas Salazar y este falleció. Cuando corrió el homicida, la enfermera Mary Robertson lo detuvo, le quitó el palo y lo puso bajo control. Acto heroico que le valió una condecoración por el rey de Inglaterra y recibió la medalla de plata por la municipalidad de Magdalena del Mar (p. 85). Finalmente, el pabellón para pacientes peligrosos y judicializados fue terminado en 1939 (*Memoria*, 1939, p. 13). Fue hasta ese momento que llegó lo que se pidió desde la década de 1880 en el Hospicio de Insanos, como un caso elocuente de la modernidad postergada. Lo mismo podemos decir del Pabellón para Niños Subnormales y Psicópatas, que fue inaugurado el 28 de mayo de 1937 bajo la dirección de Carlos Krumdieck (*Memoria*, 1937, p. 7).

Pasaban los años y el problema del hacinamiento continuaba. En 1934, Caravedo le dijo al director de la Beneficencia que «estando sobrepoblado el hospital en un 93%, pongo en su conocimiento que no es posible admitir más enfermos, pues es tal el hacinamiento, que ni en el suelo de los dormitorios de



los distintos pabellones hay cabida para mayor número» (*Memoria*, 1934, p 40). Además, los toxicómanos eran un problema constante, ya que estaban mezclados con los pacientes y requerían un espacio especial que no existía (*Memoria*, 1933, p. 231). En 1941, Caravedo describió el Servicio de Admisión y Observación como el más congestionado, la cocina «no da abasto»; además, se reportaron dañados numerosos aparatos por uso excesivo (*Memoria*, 1941, pp. 10 y 11). Este problema se agravó en 1942 cuando comenzaron a llegar pacientes remitidos del recién fundado Hospital Obrero, lo cual agudizó el problema, por ello se sugirió que el Seguro Social se hiciera cargo o que se ampliara el pabellón de pensionistas (*Memoria*, 1942, p. 47). ¿Qué hacer? Hubo varias estrategias. La primera fue crear el Dispensario de Higiene Mental como la posibilidad de ofrecer consulta externa. Este tenía una sección de neuropsiquiatría infantil y daban vigilancia a quienes eran dados de alta y se trabajaba de la mano con los servicios de Cirugía, Laboratorio, Farmacia, Odontología y Fisioterapia. Además de ofrecer tratamiento, se buscaba que allí se pudieran dar consejos de orientación vocacional, el matrimonio «y otros tantos problemas de orden social, decisivos en la vida del individuo i de la familia, y que pueden comprometer los intereses de la colectividad» (Caravedo, 1932, p. 6). En agosto de 1931 abrió sus puertas y los números nos señalan el gran éxito que tuvo (véase la tabla 1).

La tabla siguiente nos muestra, principalmente, el muy arduo trabajo realizado por Honorio Delgado y Max Arnillas Arana atendiendo miles de pacientes en el dispensario. Llegar a atender a más de 8000 pacientes es una muestra de la progresiva aceptación que tuvo este servicio entre la población. Después de 1944 no tenemos información ya que dejó de registrarse en las *Memorias*; sin embargo, en 1949 se amplió con una sala de espera para 100 personas que serían atendidas en seis consultorios (*Memoria*, 1952e, p. 25). Estos números nos hablan de la contraparte: recordemos que más del 70% de los pacientes eran llevados al hospital por la policía, lo cual nos da a entender una tendencia al control social que venía desde el Hospicio de Insanos y es probable que con este servicio se cambió la imagen ya que la gente iba voluntariamente. Desafortunadamente no sabemos qué casos fueron tratados y cómo.

Otra medida prioritaria para Caravedo fue la laborterapia. Como vimos, desde inicios del Hospicio de Insanos se consideraba que el trabajo tenía efectos terapéuticos. Según la historiografía latinoamericana esta medida trató de implantarse en la gran mayoría de las instituciones. Como lo señaló Cristina Sacristán (2005), cuando Samuel Ramírez Moreno era director del Manicomio General La Castañeda en México impulsó un ambicioso proyecto para que los pacientes

TABLA 1. Cantidad de pacientes atendidos en el Dispensario de Higiene Mental.

Año	Honorio Delgado	Francisco Valega	Carlos Krumdieck	Francisco Loayza	Max Arnillas	Baltazar Caravedo	Total
1931	219	11	0	44	0	10	284
1932	549	36	0	337	0	15	937
1933	761	21	0	237	0	5	1024
1934	980	55	0	188	0	4	1227
1936	912	95	89	547	0	0	1643
1937	1171	149	216	610	0	0	2146
1938	1737	254	194	663	0	0	2848
1939	1635	155	252	710	809	0	3561
1940	1689	189	352	690	1590	0	4510
1941	2550	242	430	877	1709	0	5808
1942	2955	813	452	1078	1922	0	8042
1943	2566	1335	436	1385	2320	0	8038
1944	2467	1375	548	1697	2603	0	8090

Fuente: elaboración propia a partir de las *Memorias* del Hospital Víctor Larco Herrera presentadas anualmente a la Beneficencia.



trabajaran, no solo en la agricultura, sino en el tejido de telares, la fabricación de escobas, sombreros, etc. Su propuesta era remunerar a quienes trabajaban para que se sintieran útiles. Sin embargo, cuando dejó la dirección, se impuso la lógica de las autoridades de la Beneficencia, quienes pretendían que el trabajo de los pacientes se tradujera en una sustentabilidad económica de la institución y en un consecuente ahorro para las autoridades sanitarias. Esta era una lógica que buscaba equiparar la recuperación con la eficiente incorporación al mundo de la producción; propuesta que fracasó cuando los pacientes dejaron de recibir remuneración por su trabajo<sup>40</sup>.

En el contexto del Hospital Víctor Larco Herrera, Baltazar Caravedo también sostenía la eficacia terapéutica del trabajo. Sin embargo, el reto no era solamente hacer productivo al paciente para que pudiese incorporarse laboralmente cuando obtuviera el alta, sino lograr planear actividades de acuerdo a las características físicas y mentales de cada quien, razón por la que el masivo trabajo agrícola no era garantía curativa. Por consiguiente, en un extremo del argumento estaba la idea de hacer del manicomio una instancia productiva y autosuficiente —postura defendida por Larco Herrera cuando era inspector—, y la contraparte era pensar el trabajo como terapia diferenciada y muchas veces en detrimento de una lógica económica. La postura de Caravedo era la segunda; no obstante, el problema era la falta de personal suficiente para diseñar un plan de trabajo adecuado para cada paciente.

Si bien la idea del trabajo terapéutico en Perú la podemos rastrear hasta mediados del siglo XIX, Caravedo se basaba en los planteamientos del psiquiatra alemán Hermann Simon (1867-1947), quien planteó la obligatoriedad de la planeación acorde con las necesidades físicas y psicológicas de cada paciente (Caravedo, 1936b). Según el director del Larco Herrera, el problema con el trabajo era el mismo que tenían con la comida: era igual para todos, lo cual reducía su eficacia. Por ello, la propuesta central era «encontrar los elementos para dar expansión a sus inclinaciones naturales y en donde se puedan aprovechar las habilidades de cada uno»; esto lograba combatir «las causas de la decadencia habitual en los asilos, de la irresponsabilidad, de la degradación del individuo, del ruido, de las pendeencias, las groserías y la interpsicología de los delirantes». En consecuencia, cada actividad debía ser en función de la capacidad, para ello se debían tomar como variables la fuerza, la resistencia, la capacidad de

---

<sup>40</sup> Una muy completa revisión historiográfica sobre la construcción de colonias agrícolas para la población psiquiátrica en Brasil desde finales del siglo XIX hasta mediados del XX es Venancio (2022). El caso argentino es desarrollado por Vanadia (2021).

adaptación, el concepto de responsabilidad en función del menoscabo sufrido por la enfermedad. Lo cual aplica no solo al trabajo sino a las distracciones ya que «ninguna forma de inacción se tolerará». El principio básico, siguiendo a Simon, es que el edificio es nada y las relaciones sociales son todo, de manera que se debían consolidar equipos de trabajo donde hubiese camaradería y sentido de colectividad (p. 67).

En el informe de 1940 de Caravedo sobre la laborterapia se menciona que las mujeres estaban concentradas en labores manuales como costura, lavandería y servicios domésticos, mientras que los hombres estaban en la cocina —donde la cantidad de mujeres era mínima—, baja de policía, labores agrícolas, granja, albañilería, carpintería, imprenta —que siempre es señalada como el espacio más eficiente—, mecánica, trabajos sanitarios, panadería, pintura, peluquería y zapatería. En la sección de recreo las actividades eran las siguientes: juegos de salón, lectura, escritura, dibujo, canto, cine y teatro, baile, audiciones musicales, ejercicios físicos, paseos, pasatiempos, bochas y sapo, fútbol, básquetbol, vóleibol y tenis. Sin embargo, si nos vamos a los números, solo el 21.8% de los pacientes trabajaban y el 85% de las actividades se concentraban en servicio doméstico, aseo y costura. Por lo tanto, pese a los intentos por impulsar la laborterapia, solo una pequeña parte de la población participaba y la mayoría se limitaba a trabajos de limpieza (*Memoria*, 1940, cuadro 23-I). Nuevamente nos encontramos frente a un caso de modernidad postergada.

## La Escuela de Enfermería Psiquiátrica

Uno de los proyectos centrales de Baltazar Caravedo fue la formación de especialistas en enfermería psiquiátrica. Un hospital «moderno» no podía funcionar sin un sólido equipo de técnicos formados en enfermería, ya que su función

no se limita a cuidar pacientes, a llenar una serie de indicaciones de orden médico o quirúrgico, sino que, interviene en el estudio del enfermo, consignado cuanto observe, en el diario correspondiente, procurando distracciones adecuadas, contralando el trabajo, e interviniendo en los menores detalles del enfermo, en el que toda manifestación o dato negativo tiene significación [...]. Además, en nuestro hospital, el enfermero o enfermera, es al mismo tiempo auxiliar en la parte administrativa, que en el concepto moderno es inseparable de la asistencia (Caravedo, 1932a, p. 3).



Gracias al apoyo de la Beneficencia, a finales del 1930 entró en funciones la Escuela Mixta de Enfermeros especializada en psiquiatría bajo la dirección de Mary Robertson y con Alice Brothers y Violeta Hall como asistentes, aunque en poco tiempo se dieron cuenta que les pagaban muy poco y querían irse (*Memoria*, 1931, pp. 7 y 23). Estas enfermeras británicas fueron contactadas en su país de origen por la Beneficencia para que ofrecieran una formación especializada en el contexto psiquiátrico. Valga aclarar que esta no era la primera escuela de enfermería en Lima. Desde 1915 funcionaba la Escuela de Enfermería del Hospital Dos de Mayo, planeada por el doctor Wenceslao Molina, también bajo la dirección de las británicas Miss Oppen y Miss Carter, pero en 1921 hubo una reorganización y quedaron a cargo las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl. En este cambio se nombró como directora a la reverenda Rosa Larrabure, superiora en el Hospital Arzobispo Loayza, quien dirigió esta escuela hasta la década de los sesenta y se convirtió en un referente de la enfermería peruana (Alvarado, 1953, p. 303). Lo anterior revela una contradicción entre el proyecto modernizador y secular con la realidad, ya que las monjas mantuvieron el control que desde la época colonial ostentaban en las instituciones para la atención médica (Souza, 1982, p. 89).

El plan de estudios constaba de tres años de clases y para ingresar se requería haber cursado la instrucción primaria, tener entre 18 y 25 años, buena salud, buena constitución física y buenos antecedentes. Los alumnos recibían mensualmente un pago y se les daba alojamiento, alimento, lavado de ropa y uniformes, además de tener derecho a asistencia médica y vacaciones. Cursaban seis materias por año<sup>41</sup>. Este fue el proyecto que más enorgulleció a Caravedo: lograr hacer del hospital un lugar de formación técnica especializada y así, no solo elevar la calidad de la atención, sino formar personal que pudiera hacer lo mismo en establecimientos públicos y privados. En las *Memorias* se narran detalladamente los eventos de fin de año, donde eran invitadas autoridades, se daban premios a los mejores estudiantes, se informaban los resultados de los exámenes y al final se cantaba el Himno del Enfermero Mental, compuesto por Alfonso de Silva, quien tenía una estrecha relación de amistad con algunos médicos del hospital, principalmente con Honorio Delgado.

41 En el primer año veían Anatomía y Fisiología, Física y Química, Moral Profesional, Patología Quirúrgica, Educación Física e Inglés; en el segundo año, Higiene y Bacteriología, Patología Médica, Dietética, Fisioterapia, Terapéutica, Mecanografía y Taquigrafía, Educación Física e Inglés; en el tercer año, Psiquiatría, Asistencia de Alienados, Anormales y Toxicómanos, Higiene mental, Mecanografía y Taquigrafía, Educación Física e Inglés.

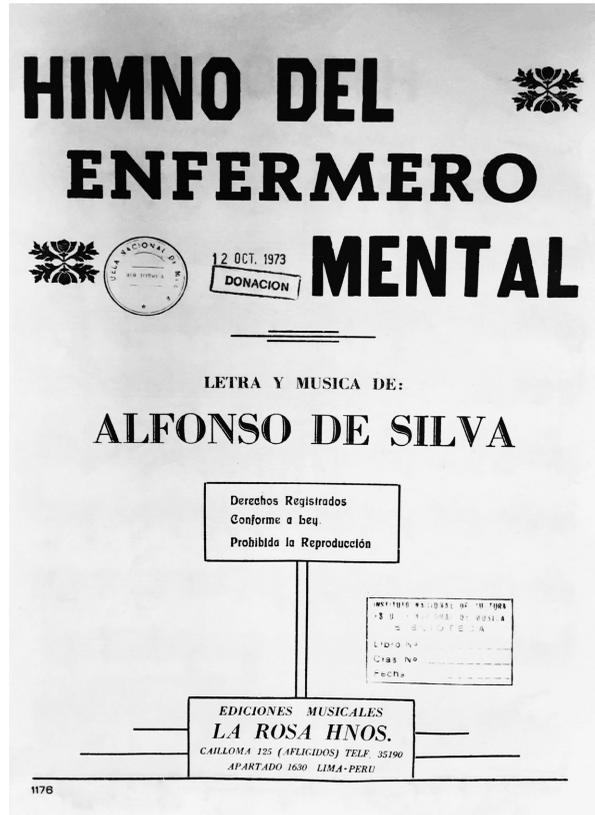


Foto 10. Portada del Himno del Enfermero Mental.

De los 53 inscritos en el primer año, 11 se retiraron muy pronto: «Desgraciadamente no todos los matriculados han sido capaces de soportar las penalidades que trae consigo la dura tarea de asistir a los enfermos mentales, ni todos han respondido a las pruebas de capacidad necesaria». En 1933 se titularon los primeros especialistas y todos se quedaron a trabajar en el hospital (*Memoria*, 1933, p. 5) y ese mismo año recibió la escuela reconocimiento legal (p. 172). En 1937 llegaron otras dos enfermeras británicas para reforzar la enseñanza: Florence Stevenson y Ellen Nicholls (*Memoria*, 1937, p. 29). En las *Memorias* elaboradas por Baltazar Caravedo, se informaron de manera muy celebratoria los eventos de fin de año y las premiaciones a los mejores estudiantes de la escuela. Sin lugar a dudas, poco a poco comenzaba a profesionalizarse la atención a los pacientes.

No obstante, un problema constante fue la inestabilidad laboral ya que, si bien quienes se graduaban tenían el compromiso de trabajar durante dos años



después de haberse titulado, algunos renunciaban antes por tener una mejor oferta laboral. Así describió Caravedo la situación:

Otro obstáculo para la mejor asistencia y para la disciplina es el continuo cambio de empleados subalternos. Constantemente salen e ingresan, sin que haya tiempo de enseñarles las nociones elementales para el cumplimiento de sus obligaciones, ocasionando trastornos, no solo en la parte asistencial, ya que son auxiliares de los enfermeros, sino también del movimiento general del Hospital. La solución más fácil sería mejorar sus condiciones económicas y darles un mejor alojamiento (*Memoria*, 1941, p. 12).

En diciembre de 1941 delegados de la Fundación Rockefeller visitaron las escuelas de enfermería de Lima, incluida la del Larco Herrera, con el objetivo de hacer un diagnóstico de su funcionamiento. Los visitantes fueron Lewis Wendel Hackett y Mary Elizabeth Tennant. El primero era un especialista en salud pública que, después de 25 años de experiencia en la creación de campañas contra la anquilostomiasis y la malaria en América Central, Brasil e Italia, fue designado en 1941 director de la Oficina Regional de Río de la Plata y la Región Andina de la Fundación Rockefeller (Ramacciotti, 2017. p. 98). Por su parte, Tennant, que era enfermera y especialista en Salud Pública por la Universidad Johns Hopkins, había trabajado como directora de la División de Educación Médica en Europa como parte de la misma Fundación. Como lo ha señalado Ramacciotti (2017), su objetivo fundamental fue buscar la forma de transferir conocimientos de Europa y Estados Unidos a Latinoamérica en aras de mejorar la enseñanza de la enfermería. Meses antes habían estado en Buenos Aires y después de dejar Lima partieron a Santiago, donde encontraron que la formación que se daba era de muy buen nivel, por lo menos en Chile era equiparable a Europa; además, las escuelas solían estar coordinadas por una instancia estatal en materia de salubridad. En estos países otorgaron becas para la especialización en Canadá, con el objetivo de fomentar que mujeres de clase media y con buen nivel cultural se interesaran en la enfermería. Sin embargo, el panorama que encontraron en Perú fue muy diferente.

El 4 de diciembre de 1941 arribó esta pareja de representantes de la Fundación Rockefeller y recorrieron las cuatro escuelas de enfermería que en ese entonces había en Lima: la Escuela de Enfermeras de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, administrada por monjas francesas en el Hospital Loayza; la escuela de la Caja Nacional del Seguro Social, administrada por Schwester Christopher

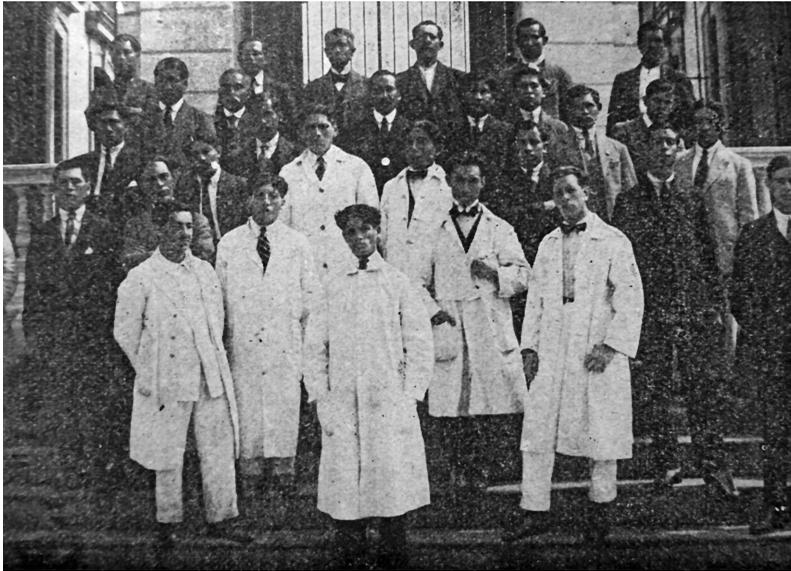


Foto 11. Grupo de enfermeros y asistentes.

Fuente: Valdizán (1923).

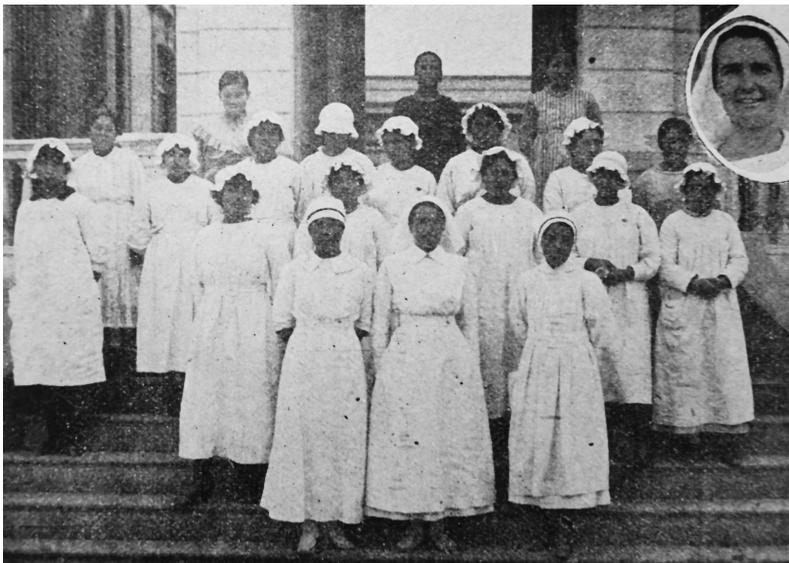


Foto 12. Grupo de enfermeras y asistentes del Larco Herrera.

Fuente: Valdizán (1923).



y diez monjas alemanas que también eran enfermeras en el Hospital Obrero; la escuela del Hospital de Niños, bajo la responsabilidad de monjas suizas (Fräulein Paula Dietz estaba a cargo); la escuela del Hospital Británico-Americano, bajo la dirección de la monja norteamericana Miss Schnebly, y finalmente, la del Larco Herrera a cargo Miss Alice Brothers. Lo primero que le llamó la atención a Tennant fue el lugar de la madre superiora Rosa Larrabure, quien dirigía la escuela del Loayza y que con el tiempo se convertiría en una de las figuras centrales de la enfermería peruana: «Viene de una familia peruana rica de doctores y le han dado a ella casa en Chosica, como sitio de recreo para las monjas». Por esta razón Tennant (1941) mencionó que le resultaba sobresaliente el estricto ambiente religioso del Loayza (p. 288). Hasta este punto de la descripción llamaba la atención a los visitantes el claro control de las mujeres religiosas, y además europeas, en la formación de enfermeras peruanas.

Lo primero que señaló Hackett (1941) fue el contraste entre la cantidad de recursos que se habían destinado para el recién inaugurado Hospital Obrero, el cual es descrito como un sitio con modernos laboratorios y cómodos espacios, en oposición a la precariedad que se vivía en el resto de instituciones de salud: «En todos esos países he encontrado que la organización del seguro para trabajadores de Perú es la más rica» (p. 393). Con relación a la enseñanza, le resultó evidente que se daba una formación parcial de acuerdo a las necesidades de cada hospital: «La tendencia en cada hospital es iniciar una escuela para así tener un servicio de enfermería, y donde no hay la servidumbre lo hace», de manera que no había un programa unificado de enseñanza en enfermería. En el Larco Herrera estuvieron el 6 de diciembre y lo primero que notaron fue el hacinamiento: cerca de 100 pacientes dormían en el piso. En la enfermería había 31 hombres y 23 mujeres, más 50 estudiantes para atender 1500 pacientes. Las enfermeras trabajaban diez horas diarias por siete días y vivían en condiciones no apropiadas. De hecho, no les permitieron ingresar a las viviendas de las enfermeras debido a que, a juicio de Miss Brothers, carecían de lo mínimo. Además, los requisitos de ingreso eran muy básicos y las clases se limitaban a cursos generales de teoría. Con relación a los pacientes, pasaban el tiempo sentados, ya que no había nada de terapia ocupacional más allá de lo agrícola, no había sala de cirugías ni rayos x (Hackett, 1941, p. 395). Según Tennant (1941), Miss Brothers estaba formada en la «vieja escuela» y, si bien tenía habilidades administrativas, le faltaba conocimiento de moderna educación en enfermería (p. 291). Al final, lo más notable fue que no había ningún tipo de relación entre las cinco escuelas de enfermería. Además, la hermana Martha no se hablaba con

Christopher y las francesas del Loayza no se llevaban con las alemanas. Lo peor era que no había mujeres influyentes que estuvieran interesadas en la enfermería como profesión. Por consiguiente, en una conferencia que impartió Hackett (1941) sobre la situación de la enfermería en Perú, planteó que se debía crear una escuela de enfermería unificada, pues las existentes no tenían nada que ver la una con la otra. No era apropiado que la formación solo fuese de utilidad para laborar en la institución donde se estudiaba, razón por la cual era necesario iniciar una reforma radical (p. 396).

En función de este balance, el 25 de febrero de 1943 se decretó que la Escuela Mixta de Enfermeros del Larco Herrera quedaba en «estado de reorganización [...] a fin de que pudiera funcionar de acuerdo con las disposiciones oficiales vigentes» (*Memoria*, 1943, p. 9). Esto ocurrió debido a una iniciativa de la Beneficencia por centralizar la formación en enfermería y que todos los espacios que ofrecían dicha formación fueran homogéneos y, solo después de la formación básica, en la Escuela del Loayza o en cualquier otra, fuese posible hacer una especialización en psiquiatría. Esta iniciativa generó una crisis temporal que se tradujo en la renuncia de 27 estudiantes (p. 19); además, a los médicos del Larco Herrera no les gustó dicha decisión, razón por la que enviaron una carta solicitando a la Beneficencia reconsiderar esta resolución, ya que era de suma importancia conocer a fondo la naturaleza de los padecimientos mentales para poder dar una atención eficiente (p. 37): «Los enfermeros psiquiátricos ceñidos según este plan no serían ni lejanamente comparables en conocimientos y entrenamiento especializados a los que hemos visto formarse año tras año en la escuela cuya supresión se ha decretado». En respuesta, la Beneficencia les dijo que se seguiría con los cursos de segundo y tercer año, mientras que los estudiantes del primer año se irían al Hospital Loayza y, más bien, se sugería comenzar a planear una especialización en psiquiatría una vez terminada la formación básica (pp. 40-42). Esta «reorganización» significó la clausura temporal de la escuela; en consecuencia, Honorio Delgado envió una enérgica solicitud a la Beneficencia en la que solicitaba la reapertura hasta que la Escuela Nacional de Enfermería comenzara a titular personal que pudiese ser contratado (*Memoria*, 1944, p. 28); como consecuencia se abrieron nuevamente los cursos de nueve meses en asistente de enfermería, para después ofrecer un contrato por tres años (p. 54). Al siguiente año se criticó esta nueva formación «porque el fuerte sesgo orgánico que es común dar al plan de enseñanza tiene por resultado que la enfermera general es incapaz de detectar, comprender, corregir y tratar los factores y funciones de la personalidad donde ellos están en trabajo» (*Memoria*, 1952e, p. 16)



Fue hasta 1947, paralelo a la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuando dejó de funcionar la escuela como tal, después de 14 promociones y 178 titulados. El 7 de enero se creó el decreto de uniformidad de escuelas de enfermería general, que debían ofrecer un plan de estudios unificado. En el tercer año los estudiantes debían hacer prácticas en diferentes instituciones ya que se esperaba que salieran con una formación integral. En el fondo, el programa no cambió mucho. La única diferencia fue que en un principio el tercer año se dedicaba a profundizar en psiquiatría, mientras en el nuevo plan de estudios, los tres años eran para materias generales. Finalmente, la reforma incluyó una nueva materia que, según las *Memorias* del Larco Herrera, no se impartió sino hasta 1951, probablemente por resistencia de Caravedo: Cultura Religiosa<sup>42</sup>.

A partir de 1948 encontramos correspondencia entre Caravedo y la madre superiora del Loayza y directora de la Escuela Nacional de Enfermería, Rosa Larraburu, donde cordialmente promovían el intercambio de estudiantes para que pudieran hacer sus prácticas. Poco más de 30 años atrás, los médicos del Larco Herrera libraron una batalla por expulsar a las religiosas de su institución por considerarlas un verdadero problema para el desarrollo científico de la psiquiatría. Cuando Caravedo estaba en sus últimos años frente al hospital, no solo tuvo que aceptar que una religiosa dirigiera la enseñanza de la enfermería en Perú, sino que además se impartiera la materia de Cultura religiosa. De manera que el proyecto secularizante liderado por Víctor Larco Herrera y los primeros médicos del Asilo Colonia allá en 1919 fue una pequeña «victoria» que les permitió controlar en su totalidad la institución, pero, a largo plazo, la autoridad de las religiosas en el campo de la enfermería peruana fue una realidad aplastante.

## Conclusiones

La orden de Nicolás de Piérola en 1896 de construir un Manicomio Nacional y clausurar el vetusto Hospicio de Insanos de El Cercado, puede ser comprendido como un deseo de modernización propio de la élite política e intelectual que veía

---

42 Primer año: Anatomía y Fisiología, Química, Arte de Enfermería, Historia de la Enfermería, Microbiología, Psicología, Educación Física, Cultura Religiosa, Sociología, Nutrición, Adaptación Profesional e Inglés. Segundo año: Introducción a las Ciencias Médicas, Dietética, Adaptación Profesional, Arte de Enfermería, Medicina General, Cirugía General, Higiene, Cultura Religiosa, Inglés, Taquiografía, Educación física. Tercer año: Enfermedades Transmisibles, Enfermería de Emergencia y de Guerra, Ginecología, Obstetricia, Arte de Enfermería, Adaptación Profesional, Enfermería de Salud Pública, Psiquiatría, Neurología, Puericultura, Inglés, Cultura Religiosa, Educación Física y Taquiografía (Sociedad de Beneficencia de Lima, 1951, pp. 11-12).

a la locura como una de las tantas causas que impedían convertir a Perú en país realmente «civilizado» en función de los cánones europeizantes. Sin embargo, fue una iniciativa que se quedó en la enunciación ya que, en la realidad, no hubo el presupuesto suficiente para construir ese edificio propuesto por Manuel Muñiz, ni mucho menos uno que lograra acabar con los problemas propios del Hospicio. De manera que la fundación del Asilo Colonia de la Magdalena es la historia de la modernidad postergada.

Pero rápidamente entró en escena un millonario agroexportador, político, coleccionista de piezas arqueológicas y filántropo para darle ese impulso modernizador que requería el mundo de la psiquiatría: Víctor Larco Herrera. Su apoyo no fue solo económico: confrontó a las monjas al punto de presionar su renuncia, se convirtió en inspector en aras de inaugurar una nueva forma de administrar la institución y realizó un viaje de varios meses para conocer el funcionamiento de más de una decena de psiquiátricos en diferentes partes del mundo. La acción de este empresario nos debe llevar a reflexionar sobre el lugar determinante de la iniciativa privada en la conformación del campo de la salud mental en un país como Perú, donde el Estado carecía de los recursos y la infraestructura lo suficientemente sólida como para imponer un modelo. En la realidad, la Beneficencia, los jóvenes médicos y un filántropo fueron quienes tomaron las riendas de la salud mental.

Las Hermanas de la Caridad fueron una suerte de chivos expiatorios de la psiquiatría peruana. Después de décadas de conflictos en el Hospicio de Insanos, la alianza entre Víctor Larco Herrera que fungía como inspector y los jóvenes psiquiatras permitió la retirada de las religiosas que se habían encargado de administrar la institución. Sin embargo, como bien lo señaló Honorio Delgado, estaban muy lejos de lograr un verdadero avance, ya que los desafíos en cuestión de salud mental eran tan diversos que no se podía reducir todo a la presencia de las monjas como la causa central.

Al final, Baltazar Caravedo aparece como un personaje determinante por sus más de dos décadas al frente de la institución. Su proyecto de hospital psiquiátrico consistía en hacer eficiente la atención a partir de acciones concretas: atención temprana eficaz a partir de un dispensario de higiene mental, personal de enfermería debidamente formado y un cúmulo de pequeñas reformas que permitieran evitar el hacinamiento y mejorar la atención. En consecuencia, la Escuela de Enfermería fue el gran proyecto de Caravedo, el cual cumplió con sus objetivos pese a las dificultades. Al final, las monjas volvieron a tomar el control de la enfermería peruana y Baltazar Caravedo, ya envejecido y sin conocer la revolución



psicofarmacológica que vendría después, había hecho todo lo posible por mejorar el mundo de la salud mental en un país cuyas políticas de salud pública no tenía a los locos entre sus prioridades.

El 7 de febrero de 1950, la Junta Militar que gobernaba Perú emitió una Resolución Suprema con dos mandatos. El primero era que, debido al hacinamiento del Hospital Víctor Larco Herrera, se autorizaba a la Beneficencia a no admitir pacientes nuevos hasta que se tomaran medidas para reducir la población. El segundo obligaba a la policía, autoridades políticas, municipales y particulares a pagar los gastos correspondientes por su atención (*Memoria*, 1952e, pp. 36-37). Lo anterior significa que solo podían ingresar pacientes que pagaran una mensualidad como mecanismo para reducir el hacinamiento y mejorar las condiciones de vida. Todo apunta a que, cuando falleció en 1952, Caravedo dejó una institución mucho más grande que la que recibió, con mayor capacidad e investigación médica, pero con los mismos problemas estructurales heredados del viejo Hospicio de Insanos.