



*Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología*

Trabajo Final de Carrera

“Un estudio sobre diagnósticos y roles de género en el Instituto Frenopático de Buenos Aires (1900–1910)”

Tutor: Antonio Virgillo

Alumna: María del Pilar Nogueira Patrizi

ID: 000-18-0194

Mail: maria.nogueira@comunidad.ub.edu.ar

Año académico: 2026

.....
FIRMA ALUMNA

ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
1. Introducción y Planteamiento del problema.....	5
2. Hipótesis y Objetivos de la investigación.....	6
2.1. Hipótesis.....	6
2.2. Objetivo General.....	6
2.3. Objetivos específicos.....	6
3. Estado del Arte.....	7
4. Marco teórico.....	8
5. Apartado metodológico.....	9
Tipo de investigación y diseño metodológico.....	9
Unidad de análisis, población y muestra.....	9
Fuentes de información y ética.....	10
Instrumento y variables.....	10
Procedimiento.....	10
6. Contextualización.....	13
6.1. Caracterización social y política 1900-1910.....	13
6.2. Movimiento de salud mental.....	19
6.3. El Instituto Frenopático.....	23
6.4. La delimitación del lugar de la mujer en el discurso social de la época, los roles y estereotipos de género.....	26
7. Análisis de datos.....	30
7.1. Presentación del corpus.....	30
7.2. Resultados.....	31
7.3 Evaluación de diagnósticos por sexo.....	34
7.3.1 Diagnósticos prevalentes en hombres.....	35
Parálisis General Progresiva.....	35
Alcoholismo.....	36
7.3.2. Diagnósticos frecuentes en ambos sexos.....	37
Melancolía.....	37
Enajenación mental.....	38
7.3.3 Diagnóstico en mujeres: Histeria.....	39
8. Conclusiones.....	43
Referencias bibliográficas.....	46
Apéndice A.....	54

Agradecimientos

A mi familia, en especial a mis padres y hermana por su apoyo constante a lo largo de todo este proceso, por acompañarme en cada etapa y por brindarme ayuda y aliento en los momentos en que el cansancio o la incertidumbre me hicieron dudar.

A mis amigos, por sostenerme con su escucha, su afecto y su impulso para seguir adelante y no abandonar mis objetivos.

En especial, a mi amiga Florencia, por ser un referente académico imprescindible: por su generosidad, sus consejos y su mirada crítica, siempre oportuna, que enriqueció este trabajo.

A mis amigos de la carrera, por convertir la cursada en una experiencia compartida, por los debates interminables y por las tardes y noches de estudio que hicieron más llevadero el recorrido.

A mi terapeuta, por enseñarme a transitar el proceso con paciencia, por darme herramientas para afrontar los obstáculos y por acompañar mi crecimiento personal durante estos años.

A Antonio Virgilio, mi tutor y mentor, por brindarme un espacio de práctica y formación, por su disponibilidad, su dedicación y su calidez humana. Gracias por su tiempo, su compromiso y por hacer posible la concreción de este trabajo.

Agradezco a la Universidad de Belgrano y a cada persona que formó parte de mi trayecto académico, especialmente a los docentes que compartieron sus conocimientos y contribuyeron a que confirmara, una y otra vez, la vocación que me llevó a elegir lo que me apasiona: la Psicología.

Y, por último, a Leandro: gracias por tu apoyo incondicional, por tu paciencia en las jornadas largas, por acompañarme en cada paso y por creer en mí incluso cuando yo no podía hacerlo. Sin vos, este camino no habría sido el mismo.

Resumen

Esta tesina analiza cómo se articularon estereotipos socioculturales de género y categorías diagnósticas en las historias clínicas de ingreso del Instituto Frenopático de Buenos Aires entre 1900 y 1910. Lejos de asumir una “*neutralidad*” retrospectiva, el trabajo parte de que el diagnóstico es un producto histórico: condensa saberes médicos, expectativas morales y formas institucionales de registrar la experiencia. El objetivo fue describir, en un recorte documental acotado, de qué modo los mandatos sobre lo femenino y lo masculino orientaron la mirada clínica y se tradujeron en rótulos nosográficos.

Se empleó un enfoque mixto, observacional y descriptivo. A partir de 1.156 historias clínicas se construyó una base depurada de 782 casos con datos mínimos, y se elaboró una variable de sexo inferido y un sistema de diagnóstico normalizado (24 categorías) para realizar estadística descriptiva; en paralelo, se efectuó un análisis temático de contenido sobre las descripciones de ingreso. Los patrones observados aportan evidencia de una generalización diferencial del diagnóstico: la histeria se concentró casi exclusivamente en mujeres (50 de 53 casos), mientras que la parálisis general progresiva y el alcoholismo aparecieron fuertemente masculinizados. En contraste, categorías amplias como melancolía y enajenación mental funcionaron como rótulos transversales donde el sesgo se desplazó hacia el modo de narrar causas, carácter y vida doméstica. En conjunto, los hallazgos permiten inferir que la histeria operó como una categoría clínico-cultural especialmente apta para convertir desviaciones de la feminidad normativa en “casos” tratables, mientras que en varones tendieron a privilegiar lecturas orgánicas o tóxicas asociadas a la vida pública. Estas conclusiones deben leerse con cautela: el Frenopático es una Institución privada y el corpus no representa a la población general. Sin embargo, el estudio muestra con precisión cómo un dispositivo de archivo puede inscribir normas de género en la clasificación psiquiátrica, y ofrece un punto de comparación para discutir continuidades de sesgo diagnóstico en el presente.

Palabras clave: género; historia clínica; diagnóstico psiquiátrico; histeria; Instituto Frenopático; Buenos Aires; 1900-1910.

1. Introducción y Planteamiento del problema

“Los que no pueden recordar el pasado están condenados a repetirlo”.

(Santayana, 1905/2023, p. 44)

En un escenario contemporáneo marcado por tensiones y regresiones en materia de derechos humanos, recrudescimiento de discursos de odio y retrocesos en derechos de mujeres y diversidades, recuperar la historia de la clínica a partir de las narrativas descritas en las historias clínicas del Instituto Frenopático de Buenos Aires resulta una vía pertinente para advertir continuidades y rupturas en las consideraciones patológicas de *“lo femenino”*.

Este trabajo surge como consecuencia del encuentro y digitalización de las historias clínicas del Instituto Frenopático de Buenos Aires entre 1900 y 1910, donde su lectura y discusión dieron origen a las preguntas que orientaron esta investigación. Se propone revisar históricamente cómo se articularon estereotipos socioculturales de género y los diagnósticos plasmados en dichas historias clínicas, interrogando la manera en que los registros clínicos inscribieron mandatos de género en categorías nosográficas. La relevancia radica en que los diagnósticos no se producen en el vacío: condensan relaciones de poder y saber (Foucault, 1975) y reproducen estereotipos que han sido teóricamente documentados en América Latina durante el siglo XX (Vallejo & Miranda, 2021), así como críticamente revisados por la historiografía de la psiquiatría (Caponi et al., 2018; Showalter, 1997; Didi-Huberman, 2015).

Considerando lo expuesto, el objetivo del presente trabajo será describir la relación entre estereotipos de género y las principales descripciones diagnósticas en historias clínicas del Instituto Frenopático entre 1900 y 1910.

Durante las dos primeras décadas del siglo XX, la psiquiatría argentina se configuró bajo el influjo del positivismo y de matrices médico-científicas europeas que privilegiaron la anatomopatología y la herencia como fundamentos explicativos de la locura, lo que imprimió a los diagnósticos un sesgo de cientificidad y de control social (Golcman & Ramos, 2017; Vezzetti, 1985). En ese clima socio-histórico, la higiene urbana y la higiene mental articularon programas de psicoprofilaxis que demarcaron conductas esperables y definieron riesgos para el orden público, consolidando la idea de peligrosidad y degeneración (Armus, 2007; Vezzetti, 1985).

Los estereotipos socioculturales de género funcionaron como criterios de normalidad/patológico que orientaron la mirada clínica. En el Instituto Frenopático de Buenos Aires, tales supuestos se expresaron en el plano epidemiológico y documental: variaron motivos de admisión y rótulos diagnósticos según sexo, y el propio formato de las historias clínicas condicionó qué se veía y cómo se clasificaba (Freijo Becchero, 2023). Así, la psicoprofilaxis y el ideario higienista reforzaron la patologización diferencial de conductas que se apartaban de la feminidad normativa, enlazando prevención, moral y diagnóstico (Vallejo, 2021; Armus, 2007). En este contexto socio-histórico emerge la pregunta que orienta la

investigación: **¿Cuál es la relación entre los estereotipos socioculturales de género y las descripciones diagnósticas en las historias clínicas de hombres y mujeres internados en el Instituto Frenopático de Buenos Aires entre 1900 y 1910?**

Al mismo tiempo, el abordaje propuesto exige una precisión conceptual clave. Para evitar anacronismos cómo “género” se utiliza aquí como categoría analítica que comprende el conjunto de mandatos, expectativas y estereotipos que organizan la lectura institucional de conductas y cuerpos. En consecuencia, el trabajo no pretende reconstruir “*identidades y expresiones de género*” en sentido contemporáneo, sino examinar cómo un dispositivo clínico-institucional generaliza (de manera explícita o implícita) la descripción de síntomas, las valoraciones de conducta y la asignación de categorías diagnósticas en hombres y mujeres.

Este planteamiento adquiere complejidad cuando se considera que el diagnóstico es también un efecto de lenguaje y de archivo: la clínica no solo observa; escribe. Y en esa escritura se inscriben criterios de relevancia (qué se registra y qué se omite), jerarquías interpretativas (qué se considera causal, qué se considera accesorio) y marcos normativos (qué se presenta como conducta esperable y qué como conducta desviada). Desde una perspectiva crítica, esto habilita a interrogar la historia clínica como documento a la vez clínico y cultural: un texto donde convergen saberes médicos, imaginarios sociales y formas institucionales de ordenar la experiencia. En esa línea, la bibliografía especializada ha insistido en que los diagnósticos psiquiátricos no pueden analizarse al margen de los contextos que los producen y de las funciones sociales que cumplen (Caponi et al., 2018; Huertas, 2002; Vezzetti, 1985).

2. Hipótesis y Objetivos de la investigación

2.1. Hipótesis

Los diagnósticos psiquiátricos asignados a mujeres entre 1900 y 1910 en el Instituto Frenopático de Buenos Aires estuvieron fuertemente condicionados por estereotipos de género y roles sociales tradicionales, lo que derivó en una mayor prevalencia de diagnósticos de histeria en comparación con los varones, quienes fueron más frecuentemente clasificados con cuadros vinculados al alcoholismo, la parálisis general progresiva u otras categorías asociadas a conductas consideradas desviadas.

2.2. Objetivo General

Analizar la relación de los estereotipos de género en los diagnósticos de hombres y mujeres internados en el instituto Frenopático de Argentina entre 1900 y 1910

2.3. Objetivos específicos

1. Caracterizar los diagnósticos clínicos de las historias clínicas del Instituto Frenopático entre 1900 y 1910 según género

2. Caracterizar los estereotipos de género de la época en Argentina entre 1900 y 1910
3. Identificar patrones en las descripciones clínicas de ingreso que reflejen estereotipos de género de las historias clínicas del Instituto Frenopático entre 1900 y 1910
4. Examinar los principales diagnósticos clínicos en hombres y mujeres en Instituto Frenopático entre 1900 y 1910
5. Examinar la relación de los diagnósticos de histeria con el cumplimiento de normas sociales de género en mujeres de las historias clínicas del Instituto Frenopático entre 1900 y 1910.

3. Estado del Arte

Los trabajos sobre las prácticas diagnósticas en salud mental están atravesados por estereotipos de género y ese sesgo se expresa tanto en los registros clínicos históricos como en los enfoques y protocolos contemporáneos. Sin embargo, difieren en sus estrategias metodológicas y en el nivel de análisis (archivo clínico, epidemiología, crítica histórico-conceptual y modelos psicosociales).

Caponi, Martínez Sevilla y Hummel do Amaral (2018), quienes destacan la persistencia de sesgos de género en la psiquiatría, desde sus orígenes hasta la clasificación actual, vinculando la medicalización femenina con lógicas patriarcales. Estos autores reconstruyen la permanencia del sesgo de género desde el nacimiento de la psiquiatría moderna hasta la actualidad, discutiendo la naturalización de la “brecha” diagnóstica (depresión/ansiedad) y la medicalización de la experiencia femenina. En relación con el archivo del Frenopático, este enfoque explica por qué el molde maternidad-domesticidad funcionó como criterio de normalidad clínica y cómo esa lógica persiste bajo rótulos cambiantes.

En una línea convergente, se subraya que la subjetividad femenina ha sido moldeada históricamente por la maternidad como ideal normativo, lo cual favoreció la asociación entre feminidad y patología en los dispositivos clínicos (Burin, 2012.). Su aporte teórico complementa las evidencias del Frenopático al mostrar que este sesgo no es solo institucional, sino parte de una matriz cultural más amplia. Desde un enfoque aplicado.

Por su parte, los estudios de Freijo Becchero (2022, 2023) aportan evidencia empírica valiosa sobre el Instituto Frenopático entre 1900 y 1930. En 2022 reconstruyó las mentalidades médicas (anatomoclínica, fisiopatológica, etiológica) que estructuraban los diagnósticos, mostrando cómo los criterios diagnósticos estaban moldeados por paradigmas científicos más que por la clínica en sí. En 2023 identificó cuatro modelos de historias clínicas, evidenciando que el formato de registro condicionaba qué se observaba y cómo se clasificaban los padecimientos, con diferencias sistemáticas en admisiones y diagnósticos según el sexo de los internados. Este trabajo dialoga con la tesis doctoral de Conforte sobre “Histerias femeninas. Médicos y mujeres en Buenos Aires 1875-1910” donde hace una reconstrucción histórica de las histerias y sus tratamientos, abordando las dinámicas médico-paciente femenino de la época. Estos trabajos, aunque no centrados exclusivamente en género, permiten comprender el

dispositivo documental que hacía posible considerar patológica la diferencia entre varones y mujeres.

4. Marco teórico

La presente investigación articula aportes de la psicología social, los estudios de género, contexto socio-económico y la historia de la psiquiatría para analizar cómo los diagnósticos del Instituto Frenopático de Buenos Aires (1900–1910) estuvieron condicionados por estereotipos de género. En ese momento, el movimiento feminista emergía como fuerza social y política que cuestionaba los roles tradicionales en la familia, la educación y el trabajo (Duby & Perrot, 1993).

Se entiende el género según la Organización Mundial de la Salud como “los roles, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera apropiados para hombres y mujeres” (World Health Organization, 2002).

Según Gayle Rubin, los estereotipos de género son construcciones sociales impuestas por el "*sistema sexo-género*" para forzar una división binaria y jerárquica entre hombres y mujeres. Rubin define el sistema sexo-género como el conjunto de disposiciones mediante el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas. En este marco, los estereotipos de género no son rasgos "*naturales*", sino construcciones sociales impuestas que dividen a la humanidad en dos categorías obligatorias y excluyentes (hombres y mujeres), basándose en una división sexual del trabajo que asegura la heterosexualidad obligatoria y la subordinación de las mujeres. Para Rubin, este sistema es el mecanismo social que toma la diferencia anatómica y la convierte en una desigualdad política y económica institucionalizada (Rubin, 1975).

A partir de esta definición, los roles de género refieren a las expectativas sociales y culturales sobre cómo deben actuar, sentir y pensar las personas en función de su género, vinculando esas prescripciones con deberes públicos y privados. En América Latina, Vallejo y Miranda (2021) muestran cómo, a lo largo del siglo XX, los estereotipos y estigmas consolidaron identidades de género "*correctas*", desplazando ideales arquetípicos hacia modelos que normalizaron conductas y definían límites entre lo aceptado y lo desviado.

Desde una perspectiva foucaultiana, estas construcciones no se limitan al plano simbólico, sino que se inscriben en los cuerpos. Foucault (1975) introduce la noción de "*cuerpo dócil*" para describir cómo las instituciones modernas, entre ellas las médicas y psiquiátricas, producían cuerpos disciplinados mediante técnicas de control, observación y normalización. Así, el cuerpo se convierte en superficie donde se ejercen relaciones de poder y saber, moldeando subjetividades y definiendo la normalidad o la desviación.

En la clínica de la época, la histeria fue uno de los diagnósticos más frecuentes en mujeres. La escuela de Charcot en la Salpêtrière la concibió como una patología ligada a la

supuesta fragilidad nerviosa femenina, asociándose a conductas consideradas impropias de la feminidad normativa (Didi-Huberman, 2015). Desde un enfoque cultural, Showalter (1997) señala que funcionó como un diagnóstico “*cajón de sastre*” (en nuestro entendimiento sería “*la bolsa de gatos*” de la época) para síntomas diversos, reforzando estereotipos sobre el cuerpo femenino como lugar privilegiado de lo patológico. La melancolía, por su parte, fue definida por Kristeva (2017) como una pérdida del interés vital marcada por sentimientos de vacío y autodesvalorización. Huertas (2002) advierte que su aplicación clínica estuvo atravesada por lecturas morales y sociales, especialmente en mujeres, donde la incapacidad de cumplir con las obligaciones domésticas o maternales se interpretaba como signo de enfermedad.

Investigaciones sobre la política manicomial en Buenos Aires entre 1880 y 1930 ubican al Frenopático en un proceso más amplio de institucionalización de la locura y control social (Requena, 2010). El análisis de los Archivos de Psiquiatría y Criminología (1902–1913) y de los hospicios de mujeres confirma que el sujeto femenino fue conceptualizado de manera diferencial, reforzando la patologización de conductas que escapaban a la norma (Mailhe, 2016; Navarlaz & Jardón, 2010). Como sostiene Manrique (2014), el discurso clínico debe entenderse como un acto social que inscribe subjetividades y reproduce valores culturales.

Por ello, la evaluación de las historias clínicas del Instituto Frenopático desde una perspectiva de género resulta fundamental: no solo documentan la práctica médica, sino que condensan los discursos sociales y de poder de su tiempo.

5. Apartado metodológico

Tipo de investigación y diseño metodológico

El enfoque adoptado en esta investigación es mixto. La línea cualitativa se orienta a comprender cómo se inscriben estereotipos socioculturales de género en las descripciones diagnósticas presentes en historias clínicas (HC) del Instituto Frenopático correspondientes al período 1900–1910. Esta línea organiza la interpretación mediante un análisis de contenido de orientación temática. De manera complementaria, la línea cuantitativa cumple un rol auxiliar, ya que se emplean los datos sistematizados del relevamiento documental para producir estadísticas descriptivas que acompañan y sustentan el desarrollo del trabajo.

El diseño es observacional, descriptivo y de corte transversal (Ynoub, 2014), dado que se releva un corpus documental acotado a un período determinado, sin manipulación de variables.

Unidad de análisis, población y muestra

La unidad de análisis son las historias clínicas de personas internadas en el instituto Frenopático entre 1900 y 1910. Se trabaja con una muestra no probabilística (intencional) por

casos típicos. Los criterios de inclusión son las HC entre 1900 y 1910 que tengan los siguientes datos mínimos: nombre, fecha de ingreso, diagnóstico, cuadro de ingreso y suficientes datos para poder inferir el sexo con suficiente claridad. Se excluyeron HC vacías o que no contengan como mínimo los datos anteriormente mencionados o cuyo sexo no pueda ser determinado con precisión.

Fuentes de información y ética

Como fuentes de información Primarias se utilizaron las historias clínicas originales del Instituto Frenopático (1900–1910) y como fuentes secundarias se consultó textos contextuales de la época, sólo para situar categorías y vocabulario clínico.

Para la utilización de HC no se requirió Consentimiento Informado dado que las personas registradas han fallecido y que los documentos fueron anonimizados mediante disociación irreversible (supresión de identificadores directos e indirectos, codificación única y agregación de fechas), conforme a la Ley 25.326 (Protección de Datos Personales), que excluye de consentimiento a las investigaciones científicas o médicas en la medida en que los datos no puedan atribuirse a una persona determinada o determinable.

Instrumento y variables

Se aplicó una observación documental sistemática. Como instrumento se utilizó una grilla de sistematización diseñada ad hoc, inicialmente implementada en una planilla Excel, donde se codificó: a) Variables estructurales: año, sexo inferido, edad; b) Variables clínicas: diagnóstico principal/secundarios, motivo de ingreso c) Información adicional

Procedimiento

Dado que el sexo no figura como un dato explícito en las historias clínicas, se construyó una variable de sexo inferido mediante la triangulación de distintos datos del documento: (a) el nombre consignado; (b) el uso de marcas gramaticales en las observaciones (por ejemplo, referencias al/la paciente en femenino/masculino); y (c) como criterio auxiliar, la presencia de información completa en el casillero referido a la “edad en que fue púber”, interpretado como indicio de registro femenino. En función de ello, se adoptó como criterio operativo de inclusión que el sexo resultara inferible con suficiente claridad; por lo tanto, los casos en los que la información resultó ambigua o indeterminable no fueron incorporados al análisis.

La grilla de sistematización cuenta con un total de 1.156 registros relevados. En el proceso de depuración del corpus, 374 historias clínicas fueron excluidas por no cumplir los criterios de inclusión, ya sea por encontrarse en blanco (sin registro en el libro) o por no

consignar los datos mínimos. En consecuencia, el corpus definitivo quedó constituido por 782 historias clínicas que cumplen los criterios de inclusión y sobre las cuales se realizaron los análisis cualitativos y los recuentos cuantitativos.

A partir de la planilla Excel se construyó además una base de datos en MariaDB, desde la cual se realizaron consultas y se obtuvieron los gráficos presentados en la Sección de Resultados.

El procedimiento se organizó en cuatro etapas principales: delimitación del corpus, recolección de datos, sistematización y análisis. En primer lugar, se definió el corpus a partir de los criterios de inclusión y exclusión establecidos. En segundo lugar, se realizó el relevamiento mediante observación documental y carga de datos en la grilla de codificación. En tercer lugar, se sistematizó la información para permitir su tratamiento cualitativo y cuantitativo, incluyendo el pasaje de Excel a una base de datos en MariaDB para facilitar el procesamiento y la generación de salidas gráficas. Por último, el análisis combinó: (a) estadística descriptiva sobre el corpus incluido, y (b) análisis temático de contenido, con matrices de co-ocurrencia entre marcas de género y rótulos diagnósticos, contextualizando la lectura con apoyo teórico sobre estereotipos de la época.

En relación a la sistematización de datos, debido a la falta de manuales diagnósticos unificados en el período entre siglos, en la base de datos se conservó el diagnóstico textual de ingreso tal como aparece consignado en la historia clínica y, adicionalmente, se construyó una variable de diagnóstico normalizado con fines analíticos. Esta normalización se realizó caso por caso, contrastando el campo diagnóstico con las observaciones registradas, procurando respetar el diagnóstico de entrada. Cuando el registro incluyó formulaciones superpuestas o múltiples (por ejemplo, “enajenación mental con forma melancólica”), se optó por priorizar el término menos genérico o, en situaciones más ambiguas, por asignar la categoría que mejor representara los síntomas predominantes descritos. Este procedimiento responde a un criterio fundamentalmente personal de codificación y se entiende como una operación analítica orientada a volver tratable estadísticamente un repertorio diagnóstico históricamente heterogéneo; en consecuencia, no constituye una equivalencia clínica contemporánea ni pretende traducir de manera lineal los diagnósticos de época a clasificaciones actuales. Asimismo, se unificaron denominaciones equivalentes o muy próximas (por ejemplo, *enajenación mental* y *alienación mental*, agrupadas bajo *enajenación mental*).

Se definieron 24 categorías diagnósticas normalizadas, con el siguiente alcance operativo:

1. **Adicción a sustancias** que incluye: delirio tóxico por opio, morfinomanía, heroínomanía, dipsomanía. (El alcoholismo se registró en un rubro aparte por su frecuencia).
2. **Afección orgánica** que agrupa cuadros vinculados a enfermedad de índole no psíquica (p. ej., encefalitis crónica, meningoencefalitis, enfermedad crónica, anemia cerebral).
3. **Alcoholismo** agrupa delirio alcohólico, alcoholismo crónico, enajenación mental por alcoholismo, locura tóxica por alcoholismo, locura alcohólica.

4. **Anorexia.**
5. **Confusión mental.**
6. **Degeneración mental** agrupa: desequilibrio mental degenerativo y psicopatía degenerativa.
7. **Delirio** agrupa delirio de grandeza, persecuciones, alucinaciones de vista y/u oído, megalomanía, delirio vesánico, delirio sistematizado, delirio crónico, delirio agudo e ideas delirantes.
8. **Demencia** incluye las siguientes demencias: agitada, vesánica, mesiánica, precoz y senil.
9. **Enajenación mental:** incluye rótulos con variantes descriptivas de enajenación mental/alienación mental.
10. **Enfermedad mental** agrupa diagnósticos genéricos como: enfermo, insanía, perturbación mental, trastornos mentales, facultades mentales alteradas, inestabilidad mental, etc.
11. **Epilepsia.**
12. **Hipocondría.**
13. **Histeria** agrupa: histeromanía, síntomas de histeria, histerismo, locura histérica, histeria agravada, manía histérica, psicopatía histérica, neurohisteria, ataques de histerismo, histeromanía depresiva.
14. **Imbecilidad.**
15. **Locura** agrupa las siguientes locuras: senil, degenerativa, tóxica, puerperal y circular.
16. **Manía** agrupa: manía aguda, nerviosa, puerperal, periódica, depresiva, manía del suicidio, sub-aguda, excitación maníaca, manía religiosa, monomanía, manía parcial, manía crónica.
17. **Melancolía** agrupa: melancolía persecutoria, post-puerperal, ansiosa, hipocondríaca, degenerada, paralítica, sub-aguda, intermitente, simple, puerperal, con ideas suicidas, estuporosa.
18. **Neurastenia:** progresiva y grave.
19. **Neurosis (suicida).**
20. **Parálisis general progresiva:** que incluye: PGP, demencia paralítica, parálisis general.
21. **Pobre de espíritu.**
22. **Psicosis:** degenerativa y puerperal.
23. **Reblandecimiento cerebral.**
24. **Sífilis cerebral.**

Una vez agrupados los diagnósticos bajo estas categorías normalizadas, se procedió al tratamiento estadístico y a la elaboración de los gráficos presentados en la sección de resultados y conclusiones.

6. Contextualización

Para poder analizar las historias clínicas y egreso del Instituto Frenopático de Buenos Aires es importante poder entender el contexto socioeconómico de la época para entender cuáles eran las pautas culturales, es por ello que el primer paso será contextualizar la idiosincrasia Argentina de la época estudiada. En el periodo seleccionado de 10 años que aborda la presente tesina emergieron diferentes concepciones y Argentina pasó por diferentes coyunturas culturales. Este capítulo emprenderá una aproximación a una serie de cambios en los ámbitos político, económico y social, considerando su impacto en la condición de la figura de la mujer. A su vez, para poder enmarcar adecuadamente el material, éste se dividirá en cuatro secciones:

- 1) Caracterización social y política 1900-1910;
- 2) Movimiento de salud mental;
- 3) El Instituto Frenopático de Buenos Aires
- 4) La delimitación del lugar de la mujer en el discurso social de la época, los roles y estereotipos de género;

6.1. Caracterización social y política 1900-1910

A la época comprendida entre finales de siglo XIX y principios de XX se la suele denominar “*la época dorada de Argentina*” que se inscribe en el tramo final de un ciclo de crecimiento y modernización que, con matices según la periodización de cada autor, se asocia al lapso de tiempo que va desde 1880 hasta el estallido de la Primera Guerra Mundial en 1914. En ese entonces se denominó a Buenos Aires como “*París de Sudamérica*”, una imagen que se consolidó tanto por su arquitectura, con los Jardines diseñados por Carlos Thays con inspiración parisina, sus grandes avenidas, como la de Mayo, sus cafés y su vibrante vida social así como a una aspiración cultural y política: el deseo de exhibir progreso, orden y civilización en clave occidental haciéndola un ícono de la *Belle Époque* en América Latina.

Argentina se mostró, y buscó mostrarse, como nación moderna, próspera y “*occidental*”. En ese relato, el país aparecía como ejemplo de progreso material y como promesa de futuro.

Esa escena de prosperidad se sostuvo sobre transformaciones económicas profundas y sobre una articulación intensa con el mercado mundial. En la transición al siglo XX, Argentina profundizó un patrón de desarrollo orientado al mercado mundial, donde la producción agropecuaria ocupó un lugar decisivo. La expansión de la frontera productiva y la articulación con circuitos internacionales de comercio sostuvieron un crecimiento significativo, y contribuyeron a la consolidación de élites terratenientes y comerciales. En términos analíticos, esta dinámica suele describirse como “*crecimiento hacia afuera*”: una economía fuertemente vinculada a la demanda externa, al flujo de capitales y a una división internacional del trabajo en la cual el país se especializaba como proveedor de materias primas agropecuarias. Para alcanzar la posición simbólicamente condensada en la fórmula “*granero del mundo*”, fue

necesario articular condiciones políticas e institucionales, transformar territorios, movilizar inversiones y asegurar mano de obra. La potencia agroexportadora supuso decisiones y conflictos sociales concretos (incluyendo disputas por la tierra y por el trabajo). (Martocci & Ledesma, 2018)

Zimmermann señala en este sentido que en el período entre 1885-1930 la tasa de crecimiento del producto bruto en Argentina fue de un 5.3% por año, resultado de la explotación de tierras fértiles que fueron trabajadas por inmigrantes y que, gracias a los ferrocarriles, se pudieron transportar granos y carnes a bajo costo para su exportación. El autor resalta el papel clave de las exportaciones y las entradas de capital, ya que éstas trajeron recursos mucho más eficientes que lo que hubiera podido resultar de políticas autárquicas y la industrialización. (Zimmermann, 1994). Esta fue la fórmula ganadora para una economía en crecimiento exponencial, donde Argentina era comparada con las principales potencias de la época como podemos ver en el siguiente cuadro:

Tabla N°1: 1900 y 1997. PBI per cápita de la Argentina y de otros siete países -en dólares estadounidenses de 1995- y relaciones con respecto al PBI de la Argentina -cociente entre PBIs per cápita: cada país respecto del argentino, índices Argentina=100-.

	Argentina	Australia	Canada	EE.UU.	Noruega	Suecia	Brasil	Colombia
1900	2.756	4.299	2.758	4.096	1.762	1.451	704	973
1997	8.536	17.778	18.838	23.894	18.889	18.024	5.057	5.309
PBIs per cápita en relación al de la Argentina - índices- y tasas de crecimiento 1900/1997								
1900	100	156	100,1	148,6	63,9	92,9	25,5	35,3
1997	100	208,3	220,7	279,9	221,3	211,2	59,2	62,2
1900/97	-	33,50%	120,50%	88,30%	246,10%	127,10%	131,90%	76,20%

Fuente: (Vitelli, G. *Los dos siglos de la Argentina*, 1999, p. 11). *Elaboración del autor sobre la base de estimaciones de Maddison. PIB per cápita expresado en dólares internacionales de 1995. Los índices se calculan tomando a la Argentina como base 100 en cada año. La tasa de crecimiento corresponde a la variación porcentual del PIB per cápita entre 1900 y 1997.*

En la *Tabla 1* podemos ver la comparación de la evolución del producto bruto interno per cápita de la Argentina con la de un conjunto de países de Europa (Noruega y Suecia), América del Norte (Canadá y Estados Unidos) y Latinoamérica (Brasil y Colombia) entre 1900 y 1997. En términos absolutos, hacia 1900 la Argentina presentaba niveles de ingreso per cápita comparables a los de Canadá y cercanos a los de Australia y Estados Unidos, superando ampliamente a Brasil y Colombia. Este posicionamiento inicial confirma el lugar destacado que ocupaba la Argentina en la economía mundial de comienzos del siglo XX, asociado a su inserción exportadora y a su elevado ingreso por habitante.

En términos de dinámica social, el crecimiento se apoyó en jerarquías, en la consolidación de élites, y en la movilización, frecuentemente conflictiva, de trabajo y población con una predisposición a la explotación laboral. En este punto, resulta clave subrayar que el

“progreso” se construyó como un horizonte deseable, pero convivió con tensiones vinculadas con el trabajo, la vivienda, la desigualdad y la conflictividad urbana (Torrado, 2003).

Pero esto también puede ser leído como un símbolo de progreso, citando a Zimmerman sobre una premisa que se sostenía en 1905:

“El industrialismo es uno de los buenos barómetros de la civilización más adelantada, y dentro de él está la llamada clase obrera, afectada por la cuestión social, que no es otra cosa que el conjunto de fenómenos de orden sociológico y jurídico, que la lucha por la mejora de esta clase ha venido a producir”
(Zimmermann, 1994, pág 14)

En este sentido, Argentina se planteaba como una gran nación, ya que, en palabras de Adrián Escobar, el estatus equivalía *"a tener planteada la cuestión social"*. (DSCD, Vol I, p 80 citado por Zimmermann)

La inmigración masiva fue, probablemente, el fenómeno más visible y decisivo del período. La Constitución Nacional de 1853 invitaba a *“cualquier hombre del mundo”* a habitar el suelo argentino. En línea con la frase de Juan Bautista Alberdi de *“gobernar es poblar”*, no se tardó en recibir a quienes escapaban del hambre de las aldeas gallegas o del hacinamiento en Génova, entre otros. Todos con promesas de un mejor futuro, traían esperanzas de que en América tendrían mejores posibilidades y podrían salir de la pobreza. (Salas, 1996). Y en este sentido, Argentina no defraudó, ofreció puestos de trabajo y refugio a quienes así lo requerían y dicha inmigración no solo constó de personas buscando movilidad socioeconómica, sino también, personas con poder adquisitivo. Estas últimas, contribuyeron con su capital al desarrollo del país, por ejemplo, para pavimentar las calles, lo que por su alto costo fue una obra que había sido rechazada por el Cabildo.

La política estatal de atracción inmigratoria se apoyó en una matriz ideológica y normativa que presentaba a la Argentina como territorio de oportunidades, y que buscaba aumentar población y fuerza de trabajo. Horacio Salas recupera, para el clima de época, el modo en que el país se imaginó a sí mismo como un espacio de promesa para quienes escapaban de situaciones de pobreza y precariedad en distintas regiones de Europa; y, en esa misma clave, muestra cómo las expectativas de ascenso social convivieron con la lucha por la adaptación a una ciudad que crecía aceleradamente (Salas, 1996). La llegada de inmigrantes no fue solamente un dato demográfico: reconfiguró el mercado de trabajo, amplió barrios populares, densificó el espacio urbano y tensionó las capacidades materiales de alojamiento y servicios.

En la siguiente tabla podemos ver en qué medida la inmigración masiva aumentó la población argentina. Entre 1880 y 1938 este porcentaje fue excepcionalmente elevado, de un 440% aproximadamente en comparación con el de las economías europeas y aun con otros países de asentamiento reciente. Podemos concluir que, entre 1880 y 1938 la población aumentó quintuplicandose, lo que implica un crecimiento demográfico acelerado, que sin

dudas, trajo consigo problemas de hacinamiento ya que el país no estaba preparado para alojar esa cantidad de personas (Vitelli, 1999)

Tabla N°2: Crecimiento de la población de la Argentina y de otras seis economías. 1880-1900 y 1900-1938. Tasas entre puntas. Porcentajes

	<i>Argentina</i>	<i>Australia</i>	<i>Canada</i>	<i>EE.UU.</i>	<i>G.Bretaña</i>	<i>Noruega</i>	<i>Suecia</i>
1880-1900	84,9	70,3	24,5	51,4	18,9	16,2	12,7
1900-1938	192,4	84,5	109,9	70,8	15,4	31,7	23,1

Fuentes: (Vitelli, G. *Los dos siglos de la Argentina*, 1999, p.314). Elaboración del autor sobre la base de estimaciones de Vázquez Presedo (1971 pag. 15 y 16) y Maddison (1992 pág.189).

Zimmermann establece que entre 1895 y 1914 la población de la ciudad de Buenos Aires creció de 660.000 habitantes a 1.570.000, resaltando que es por esto que los problemas sociales surgidos en la Capital Federal resaltan en mayor grado en comparación con problemas de otras ciudades o de las zonas urbanas. (Zimmermann, 1994)

Ahora bien, esa transformación no se expresó únicamente en indicadores de expansión, sino que produjo también conflictos. En las ciudades, y especialmente en Buenos Aires, la cuestión habitacional, el hacinamiento y la precariedad fueron problemas persistentes, que se vincularon con disputas por alquileres y condiciones de vida, y que se volvieron parte del repertorio de la protesta social. El período, por lo tanto, se caracterizó por una doble dinámica: por un lado, el impulso modernizador y celebratorio del “progreso” y el auge económico; por otro, el malestar social vinculado con desigualdades, explotación laboral y tensiones en torno de la “cuestión social” (Torrado, 2003; Dovio, 2011). Esta tensión es central porque muestra que la Argentina de 1900–1910 no fue un bloque homogéneo de prosperidad, sino un espacio en el que el crecimiento convivió con fracturas y con debates sobre orden, integración y disciplina social.

El plano político entre 1900 y 1910 gobernaron Julio Argentino Roca (hasta 1904), Manuel Quintana (1904–1906) y José Figueroa Alcorta (1906–1910), quien asumió tras la muerte de Quintana y condujo el país durante el año del Centenario (Abal-Medina et al., 2021). La década se inscribe en el tramo final del régimen conservador previo a la reforma electoral de 1912. Miguel Faigón sintetiza con claridad algunas de las características del funcionamiento político anterior a la Ley Sáenz Peña: el voto “cantado” (público), la ausencia de un padrón único, prácticas de coerción, clientelismo y fraudes diversos (incluido el “voto múltiple”), junto con niveles muy bajos de participación electoral (Faigón, 2016). Incluso cuando el marco legal no imponía restricciones económicas o educativas para votar, había una participación política muy restringida, debido a que el sistema excluía a los grupos mayoritarios como los inmigrantes y las mujeres. Todo esto desemboca en las luchas sociales no solo por lo cívico sino también en el plano económico, ya que el modelo agroexportador había traído consigo

descontento social debido a la explotación de los trabajadores. En ese sentido, Rossi afirma que el sujeto político de la época, es conceptualizado como pasivo y manipulable. (Rossi, 2001)

Hacia 1910, ese sistema mostraba signos de agotamiento. Salas describe un clima social y político en el que el conflicto obrero, las huelgas y la represión deterioraron la legitimidad del gobierno ante sectores populares, mientras el fraude electoral reforzaba la percepción de una participación restringida y tutelada (Salas, 1996).

En ese contexto, la figura del inmigrante se volvió ambivalente: imprescindible como fuerza de trabajo y, simultáneamente, sospechosa en tanto posible portadora de “*desorden*”, anarquismo o criminalidad (Salas, 1996). Principalmente entre 1900 y 1910 se recibieron la mayor cantidad de inmigrantes, sobresaliendo el período de 1905-1909, en el cual el crecimiento total fue del 46%, en esta época solo el 49% de los habitantes eran argentinos de nacimiento. (Salas, 1996)

Torrado ubica esta tensión en una secuencia histórica más amplia: el mismo proceso que fomentó la inmigración y la urbanización produjo, con el tiempo, respuestas represivas y selectivas frente a la conflictividad social y a la asociación entre extranjería y amenaza política. En esa línea, la autora destaca la sanción de instrumentos legales como la La Ley N° 4.144 de Residencia de Extranjeros de 1902 que autorizó al Poder Ejecutivo a impedir la entrada y a expulsar extranjeros “*cuya conducta comprometa la seguridad nacional o perturbe el orden público*”. Y la Ley 7.029 de 1910, conocida como “Ley de Defensa Social” que permitía así expulsar de la República, o impedir su ingreso, a todo extranjero que resultara sospechoso para el país (Torrado, 2003).

En paralelo a estas dinámicas socioeconómicas y políticas, se consolidó un clima cultural e ideológico marcado por discursos cientificistas que pretendían clasificar y normalizar sujetos y prácticas. El positivismo, identificado como la técnica, la ciencia y el progreso material, llega a nuestro país junto con la expansión capitalista europea, los ferrocarriles, las importaciones, la gran masa inmigratoria, el capital y los monopolios (Falcone, 2011). Todo ello se lee en línea con el aumento de la criminalidad y delitos que preocupaban a la élite en Buenos Aires. La aparición de las ideas sobre Criminología de Lombroso que llegaron a Argentina en las décadas de 1880 y 1890, durante el auge del positivismo, generaron gran impacto en la medicina y el derecho, especialmente en discusiones sobre inmigración y criminalidad.

Ferri, discípulo de Lombroso, había hablado sobre las tendencias de los latinos al homicidio general, asesinato e infanticidio, y ello, junto con ciertas opiniones sobre la inmigración fueron la fórmula perfecta para elaborar tesis racistas sobre crimen e inmigración.

En esa recepción local, el positivismo se articuló con preocupaciones estatales y urbanas (inmigración, pobreza, conflictividad y “*cuestión social*”) y tendió a convertir esos problemas en objetos legibles mediante categorías de tipo médico y científico (Ciancio & Gabriele, 2012; Dovio, 2011).

En distintos campos (escuela, higiene urbana, derecho penal, medicina) se volvió hegemónica una gramática del “*progreso*” asociada a la medición, el registro y la búsqueda de indicadores “*objetivos*” de normalidad/desviación. Ciancio y Gabriele proponen entender el positivismo argentino de comienzos del siglo XX por la necesidad de producir mecanismos de organización y disciplinamiento social debido a la masificación inmigratoria, la urbanización acelerada, y el temor al desorden (Ciancio & Gabriele, 2012). Dentro de esa matriz, la criminología positivista italiana, con autores como Lombroso y Ferri, circuló con fuerza y ofreció un repertorio de categorías para leer delincuencia, desviación y peligrosidad (Ciancio & Gabriele, 2012; Salas, 1996).

En el campo psiquiátrico y médico-legal, esta racionalidad se expresó en la centralidad del registro, la clasificación y la búsqueda de signos observables para fundamentar diagnósticos. Un caso temprano y emblemático es la tesis de José Ingenieros sobre la simulación de la locura (1900), donde la simulación aparece como un problema clínico-pericial ligado a la responsabilidad jurídica y explicable por un razonamiento que conecta biología y medio social (Ingenieros, 1900; Vermeren & Villavicencio, 1998). Esta tesis fue muy importante porque José Ingenieros incluía en la fórmula de la locura el medio social, una idea revolucionaria y pionera para la época.

Dovio muestra que, a principios del siglo XX, la preocupación por el orden urbano habilitó intersecciones entre espacios heterogéneos (policía, justicia, penitenciarías y medicina) y que, en ese entramado, la revista Archivos de Psiquiatría, Criminología, Medicina Legal y Ciencias Afines funcionó como un espacio de circulación de saberes, casos y estrategias de interpretación de conductas ubicadas “*entre el delito y la locura*” (Dovio, 2011). En un sentido convergente, Ciancio y Gabriele analizan ese archivo como dispositivo visual-verbal que organizó relatos, imágenes y clasificaciones médico-psiquiátricas, mostrando cómo los ejes normal/patológico y las narrativas de género formaban parte de las operaciones de ese saber experto (Ciancio & Gabriele, 2012). Esta perspectiva permite anticipar que los diagnósticos consignados en instituciones psiquiátricas deben leerse tanto como categorías clínicas como productos históricos: nombran, seleccionan y jerarquizan aspectos de vidas y cuerpos según racionalidades de época.

En este clima intelectual del positivismo y el evolucionismo que reforzaban la confianza en la explicación “*científica*” de lo social, la dirigencia asociada a la “*generación del 80*” construyó una lectura de transformación de la sociedad mediante políticas estatales (Romero, 1965).

En esa línea, la educación pública se concibió como una herramienta decisiva de socialización política, la escuela debía formar ciudadanía y contribuir a construir un orden institucional estable, idea que fue ampliamente sostenida por quienes gobernaron bajo el lema “*orden y progreso*” (Lionetti, 2005)

La consolidación del Estado Nacional también avanzó a través de políticas de secularización que trasladaron funciones clave desde ámbitos eclesiásticos hacia estructuras

estatales. En la década de 1880 se discutieron y promulgaron las llamadas “*leyes laicas*”, que se cristalizaron en tres ejes: educación común (Ley 1420, 1884), registro civil (Ley 1565, 1884) y matrimonio civil (Ley 2393, 1888) (Di Stefano, 2022). La creación del Registro Civil significó que el Estado construyera un dispositivo propio para registrar el estado civil de las personas, sacándole este poder a la Iglesia, es una primera forma de registro e identidad civil. En otras palabras, la información vital dejó de depender únicamente de los libros parroquiales y pasó a organizarse como una función pública, relevante tanto para la administración estatal como para la construcción de capacidades burocráticas (Ábalo, 2021).

6.2. Movimiento de salud mental

Cuando hablamos del “*movimiento de salud mental*” para el período 1900–1910 es necesario hacer, desde el inicio, una aclaración conceptual: en esos años todavía no circula de manera estabilizada la noción de *salud mental* en el sentido contemporáneo (como paradigma preventivo comunitario, con dispositivos ambulatorios y políticas públicas específicas). Entre 1900 y 1910 estamos frente a una etapa de *antecedentes* y no todavía ante el movimiento de higiene mental ya institucionalizado. Lo que predomina, más bien, es una matriz *higienista, positivista y médico-legal* que amplía el alcance de la medicina hacia el gobierno de lo social y que, en el campo psiquiátrico, organiza respuestas institucionales centradas en el encierro, la clasificación y la tutela, al mismo tiempo que incorpora reformas presentadas como “*humanitarias*” (Dovio, 2011; 2017; de Lellis, s. f.).

Recapitulando un poco sobre la historia de la salud mental, Falcone señala que la locura fue largamente administrada desde matrices punitivas y moralizantes; durante siglos, se la entendió como una explicación socialmente aceptada del crimen, en la medida en que se suponía que quien delinquía mostraba externamente un tormento vinculado con la insanía. En esa lógica, las primeras cárceles estaban repletas de “*locos*”, epilépticos, sífilíticos, leprosos, entre otros; lo que vuelve visible que el encierro operó como tecnología social antes que como tratamiento específico (Falcone, s. f.). Con este trasfondo, tampoco resulta extraño que la modalidad carcelaria haya sido transferida, en buena medida, a los manicomios; el asilo se consolida históricamente como un espacio de separación y custodia, donde los enfermos eran tratados como delincuentes, con medidas de fuerza y condiciones deplorables. Sólo de manera progresiva se rearticula como un dispositivo terapéutico.

En la reconstrucción clásica que retoma Falcone, un primer quiebre “*humanitario*” se asocia a Philippe Pinel y Jean-Étienne Dominique Esquirol, quienes impulsan la idea de que los llamados “*dementes*” debían ser tratados como enfermos y, por lo tanto, como sujetos de cuidado y dignidad. En 1792, Pinel propone abandonar prácticas de encadenamiento y malos tratos, dándole a la persona un trato digno. Con el correr de los años, sus ideas se difundieron muy lentamente al resto del mundo (Falcone, s. f.)

Falcone ubica una segunda etapa reformista en Inglaterra con el “*no restraint*” asociado a John Conolly, donde se propone suprimir los medios de coerción mecánica (chalecos de fuerza, ligaduras) y reemplazarlos por un trato basado en la benevolencia y la suavidad.

El enfoque era de naturaleza custodial, centrado en el encierro y, en algunos casos, el tratamiento moral. En el extracto de *El porvenir de una pasión*, Virgillo describe en Buenos Aires un escenario marcado por la multiplicación de establecimientos manicomiales y, sobre todo, por un problema estructural de hacinamiento y de escasez de recursos humanos debido a un crecimiento demográfico acelerado con efectos sobre el modo en que se pensaron y administraron la enfermedad y la “*anormalidad*” (Virgillo, en prensa).

Este tipo de escenario institucional se vincula con el modo en que el problema era conceptualizado. En ese contexto aparece “*el miedo a la locura*”: se separa a los alienados del resto de los enfermos en hospitales generales, y la creación de manicomios se justifica, en parte, para evitar que “*se siga enloqueciendo*” a las personas convivientes (Virgillo, en prensa). En otras palabras, el encierro no sólo se legitima como tratamiento del enfermo, sino como protección de terceros, una racionalidad sanitaria que es también moral y de orden. A su vez, sobre ese piso institucional y cultural se consolida la matriz higienista-positivista. Virgillo plantea una idea central, que se ancla como síntesis de época: la consolidación de la figura del médico, como “*reformador social*”, comprometido a combatir las “*degeneraciones*” del momento (Virgillo, en prensa).

Si bien la psiquiatría como especialidad médica universitaria en Argentina se consolidó recién a mediados del siglo XX, no sorprende que la formación médica se haya reorientado para incluir áreas vinculadas a problemas públicos. La primera cátedra de Psiquiatría en Argentina fue la de Clínica Psiquiátrica, creada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) a finales del siglo XIX, sumándose luego cátedras como Higiene, Enfermedades Nerviosas, Medicina Legal y Criminología, en respuesta a problemas sanitarios urbanos (von Stecher, 2013).

Ahora bien, hacia el cambio de siglo, la salud mental de los enfermos era gestionada principalmente por médicos especialistas llamados alienistas o frenópatas (precursores de los psiquiatras) y religiosos en instituciones de aislamiento o manicomios.

En ese marco se privilegia la observación, el registro y la clasificación, no sólo de síntomas, sino de hábitos, trayectorias y rasgos sociales. Su análisis sostiene que, en textos de enseñanza, se describía lo físico y lo social del enfermo con una centralidad decisiva, muchas veces antes de delimitar la enfermedad como entidad clínica; y que esa forma de describir contribuía a construir un ethos profesional específico. (von Stecher, 2013).

Desde esta perspectiva, la psiquiatría de esta década no puede pensarse como un campo separado del orden social: los diagnósticos y los dispositivos de internación no solo describen sufrimientos, sino que también traducen, con categorías técnicas, preocupaciones sociales y políticas más amplias, y lo hacen con sesgos propios de sus instituciones de producción (Ablard, 2008; Dovio, 2011). Se entrecruzan la salud mental con la criminología y la

medicina legal en una frontera porosa entre enfermedad, inmoralidad y delito. Dovio, en su estudio sobre la “*mala vida*”, muestra que a principios del siglo XX circularon en Buenos Aires discursos preocupados por el orden urbano y que, en la revista *Archivos de Psiquiatría, Criminología, Medicina Legal y Ciencias Afines*, esa preocupación se expresó desde espacios heterogéneos (policía, penitenciaría, justicia). La autora define la “*mala vida*” como un conjunto de conductas consideradas peligrosas e inmorales ubicadas entre el delito y la locura, y analiza cómo la revista *Archivos* funcionó como un espacio de legitimación de prácticas médico-policiales, de clasificación de sujetos y de producción de verdad. (Dovio, 2011).

En esa misma investigación se señalan hitos que permiten situar con precisión la cronología institucional del período. Dovio indica que el Servicio de Observación de Alienados (SOA) fue inaugurado el 24 de noviembre de 1902 dentro del Depósito de Contraventores en el recinto policial, dirigido por Jose Ingenieros y que se constituyó como un “*laboratorio social*” donde se aplicaban métodos clínicos al registro, análisis y taxonomización de conductas sociales sospechosas de vicios, marginalidad o alienación mental (Dovio, 2011). Estos datos lo que pretenden exhibir es cómo, entre 1900 y 1910, la observación psiquiátrica, el peritaje y la criminología se articularon con dispositivos policiales y penitenciarios en nombre de la prevención y el control del desorden urbano.

En este punto me parece clave detenerme en tres figuras que ayudan a comprender el contexto como condensadores de posiciones institucionales y estilos de intervención de la época: José María Ramos Mejía (1849-1914) , José Ingenieros (1877-1925) y Domingo Cabred (1859-1929).

Ramos Mejía aparece como un referente del discurso positivista en la cultura argentina, con una intervención educativa significativa en los primeros años del siglo XX desde el Consejo Nacional de Educación, donde se elaboran herramientas orientadas a la normalización y disciplinamiento de masas extranjeras mediante la imposición de símbolos identitarios y relatos patrios (von Stecher, 2013).

Considero relevante esta dimensión, ya que la misma permite mostrar cómo la medicina de la época se inscribe en proyectos de homogeneización cultural y control social, más allá de la clínica individual, entendiendo lo expuesto desde un punto puramente expositivo y no como juicio de valor sobre las diferentes prácticas.

Ingenieros se graduó de médico en 1900, su formación se vinculó con la antropología criminológica y con una filiación positivista. En su tesis *La simulación de la locura* (1900), se articula la intersección entre problemas sociales y perturbaciones mentales, y se refuerza una frontera porosa entre enfermedad mental, responsabilidad y peligrosidad (von Stecher, 2013). En 1902 crea *Archivos de Psiquiatría y Criminología*, dirige el SOA hacia 1904 y el Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional desde 1907, y en 1908 obtiene la dirección de la Cátedra de Psicología Experimental (von Stecher, 2013).



Ilustración 302 - José Ingenieros revisa, junto a sus alumnos, a un paciente del Servicio de Observación de Alienados. Caras y Caretas.

El tercer nombre, Domingo Cabred, condensa el reformismo asilar en clave sanitaria e institucional. En el texto de de Lellis se presenta a Cabred como figura del médico reformador, inspirado por la ciencia y por ideales filantrópicos, en lucha contra los “*males*” de la época (de Lellis, s. f.). Allí mismo se ubica como hito decisivo la Ley 4953 de creación de Hospitales y Asilos Regionales, promulgada en 1906, interpretada como una respuesta institucional al problema de la indigencia y la marginalidad en la Argentina del Centenario (de Lellis, s. f.).

Cabred tomó como modelo el “*no-restraint*” de John Conolly para implementar “*puertas abiertas*” (*open door*) en 1899 como una reforma radical dentro del sistema asilar, apertura diurna de puertas, supresión de encierros celulares, permisos de salida y reingreso, y rehabilitación por el trabajo en un medio rural. El punto de este modelo no es una libertad plena sin institución, sino una reforma del encierro carcelario que pretende reducir la humillación, bajo la hipótesis de que la reclusión degradante favorecía el furor y el descontrol (Falcone, s. f.).

Por lo tanto, durante el período de 1900–1910 no es todavía concebida la salud mental como política preventiva moderna, sino que aparece como una constelación de discursos e instituciones que la preparan: el higienismo y su idea del médico como reformador social; el positivismo como grilla de clasificación y legitimación de control; la expansión de dispositivos especializados (hospicios, colonias, servicios de observación); y la articulación psiquiatría-criminología-medicina legal como modo de lectura del desorden urbano. En conjunto, estos elementos componen el clima médico-psiquiátrico de entre siglos y permiten comprender por qué la asistencia a la locura, aun cuando se reformule en clave “*humanitaria*”, continúa estructurada por el problema del encierro, la tutela y la normalización, al mismo tiempo que se profesionaliza y se vuelve cada vez más central en la administración social (Ablard, 2008; Dovio, 2011; von Stecher, 2013; Vezzetti, 1985).

6.3. El Instituto Frenopático

Mientras que el Estado Nacional organizaba el control de la “*alienación*” a través de hospicios públicos masivos bajo la órbita de la Higiene Pública, la élite médica argentina de 1880 importó el modelo del Instituto Frenopático de Les Corts, fundado en Barcelona en 1863 por Tomàs Dolsa i Ricart y Pau Llorach (Guardia Lezcano, 2019; Falcone, 2012) para consolidar el primer mercado de salud mental privada. El mismo estaba caracterizado por una terminología científica que alejaba al paciente del estigma del asilo de quienes “*alteraban el orden público*” y eran internados en un sistema colapsado (Falcone, 2012 y Rossi, 2001).

El término “*Frenopático*” sonaba más científico y “*moderno*” que “*asilo*” o “*hospicio*”. Funcionaba como un sello distintivo para las familias de la élite porteña que no querían enviar a sus parientes al sistema público. Es en este escenario que podemos ubicar la Institución de la que he recabado la información que alimenta a la presente tesina.

El Instituto Frenopático de Buenos Aires se creó en 1880 en el barrio de Barracas, sobre la avenida Montes de Oca, y fue impulsado por tres médicos que, además, fueron sus primeros directores: Rafael Herrera Vegas (médico de origen venezolano que llegó a Argentina en 1870, estudió medicina en la Universidad de La Sorbona), Felipe Solá (doctor en medicina de la Universidad de Barcelona que ejerció como médico en el Hospital de Alienadas) y Eduardo Pérez (reconocido por suceder en 1890 a Eduardo Wilde en la cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Buenos Aires hasta 1899) (Freijo Becchero, 2021).

El Instituto Frenopático se vendía como un lugar de tratamiento especializado y confort, utilizando este nombre para marcar una frontera clara con la beneficencia pública.

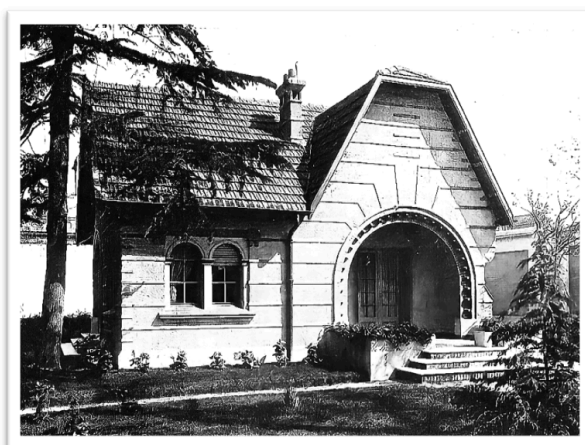


Ilustración 534 - Chalet para uno de los Pensionistas de la Clase Distinguida.

En términos institucionales, se lo ha señalado como el primer instituto frenopático de América del Sur, siendo el primer establecimiento privado de este tipo en Argentina (Martino, 2010). El Instituto Frenopático de Buenos Aires ha continuado su atención de manera ininterrumpida hasta la actualidad, aunque ha cambiado su ubicación y nombre, conociéndose

actualmente como Instituto O’Gorman. La ubicación en su origen es un dato de relevancia, ya que por este período con el modelo asilar, los hospicios y manicomios se encontraban en su mayoría en las afueras de Buenos Aires, siguiendo la línea de la marginación de los “locos” de



Ilustración 515 - Pabellón de Clinoterapia.
Sección Hombres. Pág. 144

la sociedad.

El Instituto fue concebido explícitamente como alternativa para quienes podían costear una internación paga. En la tesis de Conforte (2023), el Instituto Frenopático de Buenos Aires aparece caracterizado como un establecimiento privado destinado al tratamiento de “*enfermedades mentales, nerviosas y toxicomanías*” en hombres y mujeres, donde convivían consultas a domicilio, ofertas ambulatorias e internación. Los Anales del Círculo Médico anunciaban la existencia de una “*nueva institución*” para los

“*enajenados*” y destacaban la puesta en marcha de una sesión de hidroterapia y clinoterapia con equipamiento específico que el sector público no podía permitirse. En el folleto institucional atribuido a Pérez, la idea del aislamiento figura como condición necesaria del tratamiento de la locura, y se explicita que la reticencia de muchas familias a enviar a sus parientes a lugares públicos reforzaba la necesidad de este establecimiento particular. (Conforte, 2023)

El Instituto se encontraba compuesto por dos pabellones, uno de hombres y uno de mujeres. Conforte señala que según los datos censales, hacia 1894, el Instituto habría tenido capacidad para alojar cien internos y registraba cuarenta y cuatro internados, mientras que el Hospital Nacional (público) excedía holgadamente su capacidad de albergue que era de 554 para entonces. En el mismo sentido, Conforte recupera una descripción de Lucio Meléndez que enfatiza el carácter “*cómodo*” y “*espacioso*” de las habitaciones, la ventilación y la presencia de jardines, rasgos que se oponían al hacinamiento señalado reiteradamente en la asistencia pública. (Conforte, 2023)



Ilustración 526 - Folleto: "Pabellón Modelo Construido de acuerdo a las exigencias técnicas modernas. Se ha desterrado todo aspecto hospitalario. Cuenta con cómodas dependencias independientes y habitaciones con baño exclusivo y común. Instalaciones centrales"

Al tratarse de un establecimiento pago, las internaciones eran gestionadas típicamente por familiares, esposos u otros allegados, y no por la Policía o la Asistencia Pública, como ocurría con mucha mayor frecuencia en instituciones estatales. Esto se puede ver claramente en las historias clínicas . Además, los registros resaltan que las internas mujeres del Instituto Frenopático de Buenos Aires no trabajaban, que a menudo se consignaba una “buena posición social” de las familias, y que se podía evidenciar cierto status económico debido a por ejemplo, consultas médicas en el extranjero o reclusión en el campo, junto con grados de instrucción medios o altos (Conforte, 2023).

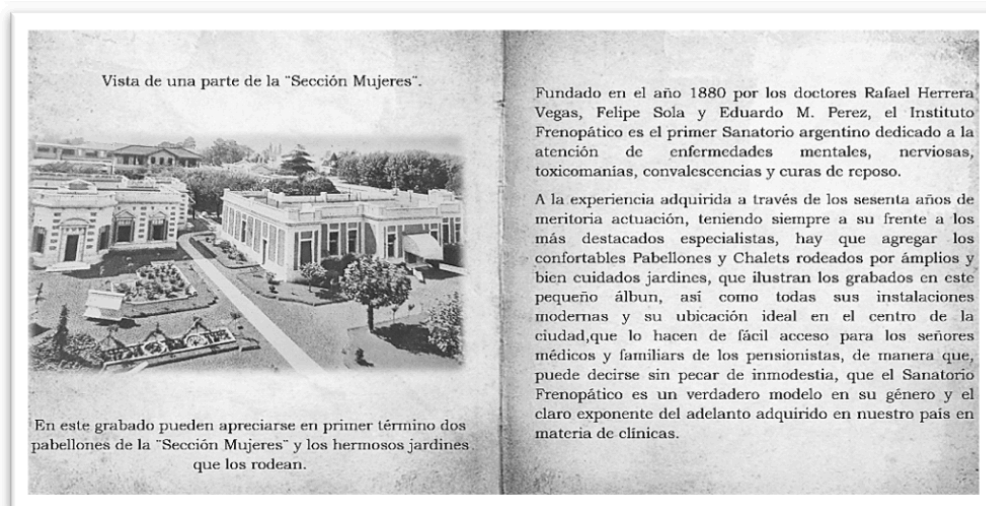


Ilustración 505 - Cuadernillo publicitario

Por último, es pertinente resaltar para dar una idea del alcance y dirección de los referentes de la institución, que Marcelino Herrera Vegas (hijo de Herrera Vegas) fue director de la Institución y posteriormente, en los últimos años de vida del fundador, parte del instituto fue vendida a José María Ramos Mejía y a Pastor J. Sosa (Freijo Becchero, 2021). En 1909 con la venta se registran los llamados “almuerzos del Frenopático” que eran reuniones sociales entre

algunos de los nombres más influyentes del período entre quienes se encontraban José Ingenieros y Cabred. (Rossi, L (Dir), 2018).

Complementariamente, Conforte (2023) aporta un indicio empírico para la primera década del siglo XX, certificados de admisión de mujeres diagnosticadas como histéricas remitidas por Ramos Mejía y Cabred, lo que sugiere que la internación privada se articulaba con redes de referencia médica que incluían a figuras centrales del campo público. Es decir que ámbito público y privado se encontraban entrelazados y en diálogo constante, evidenciando que si bien las instalaciones y los tratamientos podían diferir, el conocimiento subyacente se encontraba en la misma línea.

6.4. La delimitación del lugar de la mujer en el discurso social de la época, los roles y estereotipos de género

En la Buenos Aires de fines del siglo XIX y primeras décadas del XX, la condición social de “*la mujer*” se construyó sobre una trama de normas morales, dispositivos legales y discursos científicos que no sólo describían diferencias entre los sexos, sino que las convertían en jerarquías y en expectativas de conducta. En el clima cultural que reconstruye Horacio Salas para el ciclo del Centenario, la moral occidental de matriz victoriana operó como un repertorio normativo de gran fuerza: la respetabilidad femenina quedó asociada a la domesticidad, la función reproductora, la modestia y la vigilancia del cuerpo, mientras que la vida pública y los derechos cívicos se entendían como territorio masculino. Esto se ve cristalizado en la antigua máxima “*la mujer honrada: la pata quebrada y en casa*” (Salas, 1996).

Freijo Becchero propone leer esta configuración como parte de un orden patriarcal donde los discursos jurídico-morales delimitaban a la mujer como un “*ser relativo*”, sólo existente en relación con varones (hija, esposa o madre), donde este es el único considerado sujeto verdadero de derecho (Duby & Perrot, 1993). Esa subordinación tuvo formas normativas precisas. En el marco del Código Civil sancionado en 1869, la autoridad familiar se estructuró en torno al varón como jefe del hogar y administrador de bienes, con restricciones significativas a la autonomía civil de la mujer casada y con una patria potestad que recaía prioritariamente en el padre (Torrado, 2003). En continuidad con ese régimen, la Ley de Matrimonio Civil de 1888 mantuvo la lógica de “*incapacidad relativa*” de la mujer casada en distintos planos, reforzando un esquema de representación necesaria por parte del marido para actos civiles (Torrado, 2003). En este punto, la desigualdad jurídica estructura la vida cotidiana, habilita mecanismos de tutela limitando la agencia femenina.

Uno de los núcleos más persistentes de esa matriz fue el maternalismo. Freijo Becchero sostiene que la maternidad tendió a naturalizarse como destino y como valor, y funcionó como lenguaje legitimador de demandas: se solicitaban derechos, educación o reformas, pero muchas veces en nombre de “*ser mejores madres*” y garantizar la salud física y moral de los futuros ciudadanos (Freijo Becchero, 2021).

En ese marco, la diferencia sexual fue presentada como evidencia biológica de inferioridad femenina y se articuló con la necesidad de vigilancia y dirección masculina, justificando el tutelaje como si fuese protección (Duby & Perrot, 1993).

El acceso de las mujeres a la educación expresa con claridad la tensión entre cambios sociales efectivos y persistencia de límites normativos. Freijo Becchero refiere que entre 1870 y 1930 Argentina atravesó un proceso amplio de alfabetización que benefició a varones y mujeres en condiciones relativamente cercanas; sin embargo, el acceso femenino a la universidad fue más tardío y restrictivo, y se canalizó inicialmente a través de trayectos formativos considerados "*menores*" o de capacitación técnica, con fuerte sesgo hacia áreas asociadas al cuidado y la domesticidad (Freijo Becchero, 2021; Torrado, 2003).

Elida Passo es reconocida como la primera egresada universitaria de América del Sur (Facultad de Farmacia, 1885), al recibirse de Farmacéutica, abriendo el camino para otras mujeres, aunque luego se le negó el acceso a Medicina, impulsando un recurso judicial crucial. Julieta Lanteri ingresó a la universidad en 1886, y fue la primera en votar en Argentina (1911) en una elección municipal en el barrio de La Boca, aprovechando un vacío legal para inscribirse en el padrón electoral.

Estos desplazamientos se articularon con el surgimiento del feminismo y con disputas internas sobre el alcance de las demandas. Duby y Perrot enfatizan que el cambio de siglo no puede reducirse a un cuadro de sumisión absoluta de las mujeres, fue también el escenario de reorganizaciones estructurales, del nacimiento de movimientos feministas y de tensiones entre continuidad y ruptura en trabajo, autonomía y derechos (Duby & Perrot, 1993). En Buenos Aires, Salas describe dos congresos de 1910 que reflejan esa heterogeneidad. Por un lado, un congreso organizado por el Consejo de mujeres desde espacios más conservadores donde se llegó a afirmar que no se aspiraba al sufragio "*ya que pertenece al orden natural de las cosas que las mujeres carezcan de derechos cívicos*". Por otro, el Primer Congreso Femenino Internacional, impulsado por universitarias y presidido por Petrona Eyle, que reunió figuras femeninas destacadas y discutió educación laica y mixta, prostitución, divorcio, alcoholismo y la "*lucha de los sexos*", entre otros temas. Esto tuvo un impacto negativo en el régimen político, que trató de descalificarlo juzgándolo de "*cosas de mujeres socialistas*" (Salas, 1996). Este contraste muestra que convivían posiciones que reforzaban el maternalismo con corrientes que planteaban reformas más radicales en el plano civil, educativo y moral.

En el plano de la ciudadanía, el voto femenino recién fue consagrado por la Ley 13.010 en 1947.

A finales del siglo XIX y principios del XX, con la inserción de la mujer en la industria como trabajadora se produjo una diferenciación aún más marcada entre los sexos. La mujer se incorporó principalmente como costurera en la industria textil, pero también en fábricas de cigarrillos, en el rubro de la carne, entre otros. El ingreso de las mujeres en el trabajo asalariado generó conflicto por las tensiones entre sus obligaciones familiares y el trabajo, y sólo era justificado el trabajo de las mujeres en casos de extrema necesidad. Esto sobre la

base de que la mujer se realizaba en la maternidad y la mujer obrera era una especie de híbrido degenerado. Cabe resaltar que una vez que la “necesidad” era subsanada la mujer debía abandonar la fábrica (Gil Lozano et al., 2000; Freijo Becchero, 2021). En ese sentido, Freijo Becchero recupera que la problematización del trabajo asalariado femenino y su regulación legal se intensificó a comienzos del siglo XX, precisamente porque chocaba con dos ejes normativos: el ideal materno y la necesidad de trabajar (Freijo Becchero, 2021). En el mismo marco, se citan datos censales que dimensionan el fenómeno: en la Ciudad de Buenos Aires, con una población efectiva cercana al millón en 1904, más de cien mil mujeres mayores de 14 años declaraban trabajar, lo que evidencia una presencia femenina significativa en el mundo laboral aun en un contexto de subvaloración y precariedad (Freijo Becchero, 2021). En este contexto la mujer percibía un salario muy por debajo del salario de los hombres debido a ser considerada el sexo “débil”.

En esta línea aparece la necesidad de una reglamentación del trabajo femenino para “cuidar” su lugar en el hogar. En 1907, en el proyecto presentado por Alfredo Palacios se establecían medidas como la jornada de ocho horas y el descanso dominical, entre otras, dentro de un horizonte de regulación social del trabajo (Gil Lozano et al., 2000).

Es así que queda fijado en el ideario cultural la asociación mujer-madre-hogar y varón-sustento familiar.

Salas recupera de una publicidad una doble moral sexual que ayudaba a caracterizar al “hombre típico” de la época donde se lo muestra como aquel con menor carga de culpa pública. Esto es evidente en el pudor social con que se nombraba a las enfermedades venéreas, llegando a utilizar eufemismos como “enfermedades de hombres” o “enfermedades vergonzosas” en las publicidades de la época. A su vez, las mismas piezas solían representar al varón en calidad de “afectado”, mientras desplazaban la responsabilidad moral, al afirmar que “no son ellos los culpables” como se puede ver en un aviso de “Caras y Caretas”. El mismo aviso, pone el foco en el hombre, mostrando a un hombre demacrado y triste, mientras el texto afirma: “Hay enfermedades que molestan a los hombres... y sin embargo no son ellos los culpables”. (Salas, 1996, p. 208). En esa misma página se describe cómo los anuncios terapéuticos apuntaban a “hombres débiles” y prometían “elevar la energía masculina decaída”, asociando así a la masculinidad con rendimiento, vigor y control corporal (Salas, 1996, p. 208).

En línea con lo mencionado por Salas es importante resaltar otro rubro donde las mujeres participaban como trabajadoras: la prostitución, actividad que se vio limitada por su abolición en 1936 mediante la ley 12.331. Las prostitutas eran vistas como mujeres no dignas, que cuestionaban la institución familiar y, con ello, la posibilidad de la Nación misma, al ser ellas, en el discurso hegemónico de la época, responsables de crear nuevas vidas. Uno de los motivos de la abolición de la prostitución se sostenía en la creencia de que las prostitutas eran quienes cargaban con el estigma de la difusión de las enfermedades venéreas y que su control (o eliminación) protegería la salud de los varones (Gil Lozano et al., 2000). Gil Lozano coincide con esta doble moral sexual que por un lado aseguraba a los varones una “descarga” de

deseos sexuales que no podían satisfacerse en el matrimonio o por soltería, manteniendo la prostitución como un mal necesario, mientras preservaba a las mujeres “*decentes*” en una sexualidad confinada al ideal reproductivo y despojada de placer (Gil Lozano et al., 2000). Así, la prostituta cargó con el estigma de “*portadora de los males*” que aquejaba a los hombres por las enfermedades venéreas transmitidas. De esta manera, una vez más sus cuerpos quedaron sujetos a una moral masculina que operaba sin necesidad de considerar su propia experiencia.

El control sobre las mujeres se apoyó en la regulación de sexualidad y reproducción y en la aplicación de políticas que buscaban producir identidades de género aceptables, donde obediencia, sumisión, educación moral y pasividad sexual operaban como guiones de normalidad (Gil Lozano et al., 2000).

Otro aspecto a tener en cuenta en la relación entre la mujer y el discurso jurídico se encuentra relacionado con la criminalidad femenina, es decir, el lugar de la mujer en relación al delito y al castigo. Freijo Becchero refiere que buena parte de la historia clásica de la criminalidad construyó al delincuente común como masculino, adulto, urbano y de clase baja, lo que deja poco espacio para representar otros colectivos e invisibiliza a las mujeres en la problemática criminal; cuando aparecen, suelen leerse bajo lentes fuertemente generizados (Freijo Becchero, 2021). En esa línea, el género opera como estructura explicativa de teorías sobre degeneración donde signos como nerviosismo, exceso emocional e histeria se asociaban a lo femenino, y la histeria en particular aparece como una de las categorías recurrentes para discutir imputabilidad femenina, funcionando como explicación patologizante que puede excusar o, a la vez, reforzar la idea de “*debilidad*” (Freijo Becchero, 2021). Esta mirada institucional, al desplazar conductas al terreno de la patología, contribuía a sostener la idea de una feminidad normalizada y una feminidad peligrosa o desviada, con consecuencias concretas en términos de control, tutela y sanción (Freijo Becchero, 2021; Dovio, 2011).

Se distinguen entonces los distintos “*tipos*” de mujeres: por un lado, las trabajadoras que “*abandonaban*” su hogar y sus responsabilidades; las prostitutas “*portadoras de los males*” y confinadas a un estilo de vida reducido; y las mujeres “*decentes*” como madres con tareas reproductivas, cuidado de los hijos y confinadas a los hogares. Es de estas últimas que hablaremos en el presente trabajo, ya que el Instituto Frenopático, como ya hemos mencionado, era una institución privada a la que sólo podían acceder personas con cierto estatus económico, por lo que en su mayoría las mujeres ingresadas eran amas de casa con rol reproductor, o hijas jóvenes de familias acomodadas.

Esta contextualización no sólo delimita un marco externo, sino que permite situar los documentos que serán presentados más adelante como parte de un entramado más amplio: un mundo social en el que inmigración, orden urbano, ciudadanía restringida, cientificismo y disciplinamiento se entrecruzaron y dejaron huellas en el modo de narrar, clasificar y evaluar las trayectorias de quienes ingresaban a instituciones psiquiátricas (Dovio, 2011; Faigón, 2016; Torrado, 2003). Estos procesos adquieren relevancia para el análisis de fichas clínicas, porque

fortalecen una época en la que documentar no es un gesto neutro: es una tecnología de gobierno y de clasificación de sujetos.

7. Análisis de datos

7.1. Presentación del corpus

El objetivo de este apartado es doble: por un lado, presentar el corpus cuantitativo sistematizado (1900-1910) y describir la distribución de diagnósticos y variables sociodemográficas; por otro, discutir esas regularidades articulándolas con bibliografía histórica sobre el diagnóstico, el dispositivo de historia clínica y, en particular, con la literatura sobre histeria en Buenos Aires.

Antes de presentar los resultados cuantitativos y su discusión, es necesario explicitar una premisa metodológica que atraviesa esta tesina: la historia clínica psiquiátrica constituye una parte de las tecnologías disciplinarias que vuelven al sujeto observable, comparable y gobernable. En *Vigilar y castigar*, Foucault caracteriza el disciplinamiento de los cuerpos como una microfísica del poder que opera en lo cotidiano mediante procedimientos de vigilancia, clasificación y normalización; en ese entramado, el examen resulta decisivo porque articula una mirada jerárquica con un juicio normalizador y fija esa operación en inscripciones (registros, expedientes, archivos) que constituyen al individuo como “caso” (Foucault, 2002/1975). En línea con esto, la historiografía sobre registros psiquiátricos ha mostrado que estas herramientas burocráticas estructuran la información y, al hacerlo, privilegian ciertos datos y relegan otros, con efectos concretos sobre el tipo de conocimiento médico que se produce (Handerer et al., 2021).

Con ese marco, en la apertura de este capítulo me interesa presentar la historia clínica —con su imagen y el desglose de sus apartados— como una tecnología de escritura que expresa una determinada racionalidad médico-administrativa: no se trata de “*criticar*” moralmente el documento, sino de mostrar que su formato condiciona los modos posibles de describir al paciente y a la vez explicita cómo era entendida la “*enfermedad*” y la “*desviación*”.

En el recorte 1900-1910 el Instituto Frenopático utiliza un único modelo de historia clínica. El formulario se organiza en cuatro páginas consecutivas y presenta campos relativamente estables. En el “*Apéndice A*” se puede observar el modelo de historia clínica. En la primera página se consignan datos de identificación y de admisión: nombre, fecha y lugar de procedencia, categoría, nacionalidad, edad, estado civil, ocupación, domicilio, grado de instrucción y religión; fecha de ingreso y procedencia; nombre de la persona que lo secuestra¹ y grado de vinculación con el enfermo (familiares, autoridades, derivación médica). Además en esta página encontramos los “*Antecedentes hereditarios*” (tipo de hijo, consanguinidad de los

¹ Secuestra se utiliza en las historias clínicas para denominar a la persona que lleva al paciente para ser internado

padres, edad del padre y de la madre al concebir al enfermo); y “*Ambiente doméstico*” (condición social de la familia, estado de la relación con el cónyuge y medios de vida (donde se establece si tienen o no fortuna); y por último “*Infancia y niñez*” (traumatismos, enfermedades, edad en que fue púber, facilidad para aprender a leer y escribir y enfermedades infecciosas o de otro orden hasta la época actual. En la segunda página se registra la información sobre “*Examen directo del enfermo*” (estatura, peso, índice cefálico, apertura de brazos y otros *stigmas*² más notables); “*Examen psíquico*” (causas de la enfermedad presumida y averiguadas y tiempo en el que se notaron las primeras perturbaciones y cuales fueron). En la tercera y cuarta página se registran observaciones y diagnóstico, junto con una leyenda sobre el cuadro con el que ingresa el/la paciente y finaliza con tratamiento, día de salida, estado mental del enfermo al salir del establecimiento y estado físico.

7.2. Resultados

El corpus relevado para el período 1900-1910 está conformado por 1.156 historias clínicas del Instituto Frenopático de Buenos Aires. Para el análisis cuantitativo se seleccionaron 782 historias clínicas que cumplían los criterios de inclusión (diagnóstico y variables sociodemográficas básicas). La construcción de la base implicó dos decisiones metodológicas que fueron explicadas en detalle en el “*Apartado Metodológico*” pero que es de importancia volver a mencionar.

En primer lugar, el sexo fue inferido a partir de la información nominal disponible (nombre, tratamientos, marcas textuales). Este procedimiento puede introducir errores ya que el sexo no fue consignado de modo uniforme por la Institución.

En segundo lugar, se trabajó con una variable de “*diagnóstico normalizado*”, construida a partir de los diagnósticos consignados en las historias clínicas. La normalización consistió en agrupar variantes de escritura y denominaciones cercanas para permitir conteos y comparaciones. La decisión no implica suponer equivalencia clínica plena entre todas las variantes, sino construir una categoría operativa para el análisis serial. En línea con Conti (1996), se asume que los diagnósticos son históricos y que las etiquetas condensan supuestos clínicos, etiológicos y morales; por ello, los resultados cuantitativos deben leerse como una puerta de entrada a los modos de nombrar, clasificar y administrar el sufrimiento psíquico en un contexto institucional específico.

De las 782 historias clínicas, 313 corresponden a mujeres (40,0%) y 469 a hombres (60,0%).

En la *Figura 1* podemos observar la distribución porcentual de nacionalidad declarada en el conjunto de historias analizadas. La mayoría de los casos corresponde a pacientes de nacionalidad argentina (57%). Entre las nacionalidades extranjeras, se destacan Italia (12%),

² *stigma* como está escrito en las historias clínicas refiere a una marca o señal que se impone en el cuerpo

España (11%) y Francia (4,7%), además de un porcentaje de registros sin datos (4,1%) y un conjunto de otras nacionalidades con frecuencias menores.

Nacionalidad (Top)

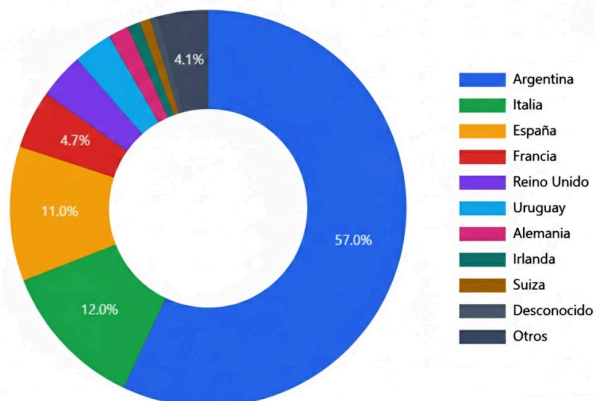


Figura 1. Nacionalidad declarada (porcentaje). Fuente: elaboración propia (1900-1910).

Este dato dialoga con el contexto demográfico reconstruido en el capítulo anterior: entre fines del siglo XIX y comienzos del XX, Buenos Aires recibió una fuerte inmigración europea, particularmente italiana y española, y este proceso reconfiguró el mundo del trabajo, la vida urbana y las redes familiares. Estos resultados sugieren que el archivo psiquiátrico registra, de manera indirecta, la población heterogénea dada en la época.

La *Tabla 1* presenta la distribución de diagnósticos normalizados para el total de casos y por sexo. En términos globales, seis categorías concentran el 72,9% de los ingresos: melancolía (18,8%), enajenación mental (15,5%), parálisis general progresiva (11,0%), alcoholismo (9,8%), delirio (9,0%) y manía (8,8%).

Diagnóstico normalizado	Casos	% sobre total	Mujeres	% Mujeres (del diagnóstico)	Hombres	% Hombres (del diagnóstico)
Melancolía	147	18,8%	80	54,4%	67	45,6%
Enajenación mental	121	15,5%	53	43,8%	68	56,2%
Parálisis general progresiva	86	11,0%	3	3,5%	83	96,5%
Alcoholismo	77	9,8%	4	5,2%	73	94,8%
Delirio	70	9,0%	25	35,7%	45	64,3%
Manía	69	8,8%	36	52,2%	33	47,8%
Histeria	53	6,8%	50	94,3%	3	5,7%
Enfermedad mental	32	4,1%	16	50,0%	16	50,0%
Demencia	31	4,0%	13	41,9%	18	58,1%
Locura	19	2,4%	11	57,9%	8	42,1%
Adicción a sustancias	15	1,9%	6	40,0%	9	60,0%
Neurastenia	12	1,5%	4	33,3%	8	66,7%
Epilepsia	11	1,4%	2	18,2%	9	81,8%
Afección orgánica	9	1,2%	3	33,3%	6	66,7%
Hipocondría	7	0,9%	3	42,9%	4	57,1%
Degeneración mental	7	0,9%	1	14,3%	6	85,7%
Psicosis	4	0,5%	2	50,0%	2	50,0%
Sífilis cerebral	4	0,5%	0	0,0%	4	100,0%
Imbecilidad	3	0,4%	1	33,3%	2	66,7%
Confusión mental	1	0,1%	0	0,0%	1	100,0%
Neurosis (suicida)	1	0,1%	0	0,0%	1	100,0%
Anorexia	1	0,1%	0	0,0%	1	100,0%
Pobre de espíritu	1	0,1%	0	0,0%	1	100,0%
Reblandecimiento cerebral	1	0,1%	0	0,0%	1	100,0%

Tabla 1. Distribución de diagnósticos normalizados (total y por sexo). Fuente: elaboración propia a partir de historias clínicas de ingreso del Instituto Frenopático (1900-1910).

Este panorama obliga a subrayar la coexistencia de categorías de distinta densidad clínica. Algunas son amplias y poco específicas (“*enajenación mental*”, “*locura*”, “*enfermedad mental*”), mientras otras remiten a entidades relativamente más delimitadas o con hipótesis etiológica explícita (“*sífilis cerebral*”, “*epilepsia*”, “*adicción a sustancias*”, “*alcoholismo*”). Esta heterogeneidad es coherente con un campo psiquiátrico en construcción, con diferentes profesionales en el que conviven paradigmas, tradiciones clínicas y formas de nombrar que no se corresponden necesariamente con clasificaciones contemporáneas. Precisamente por eso, la lectura histórica no puede reducirse a traducir categorías antiguas a diagnósticos actuales; se trata, en cambio, de comprender cómo esos rótulos funcionaban en la Institución, qué autorizaban, qué justificaban y qué dejaban fuera de foco.

Al desagregar diagnósticos por sexo, aparecen regularidades que orientan la discusión. En los hombres, como podemos observar en la *Figura 2*, los diagnósticos más frecuentes son parálisis general progresiva (PGP) (83 casos; 17,7% del total masculino) y alcoholismo (73 casos; 15,6%). Les siguen enajenación mental (68; 14,5%) y melancolía (67; 14,3%).

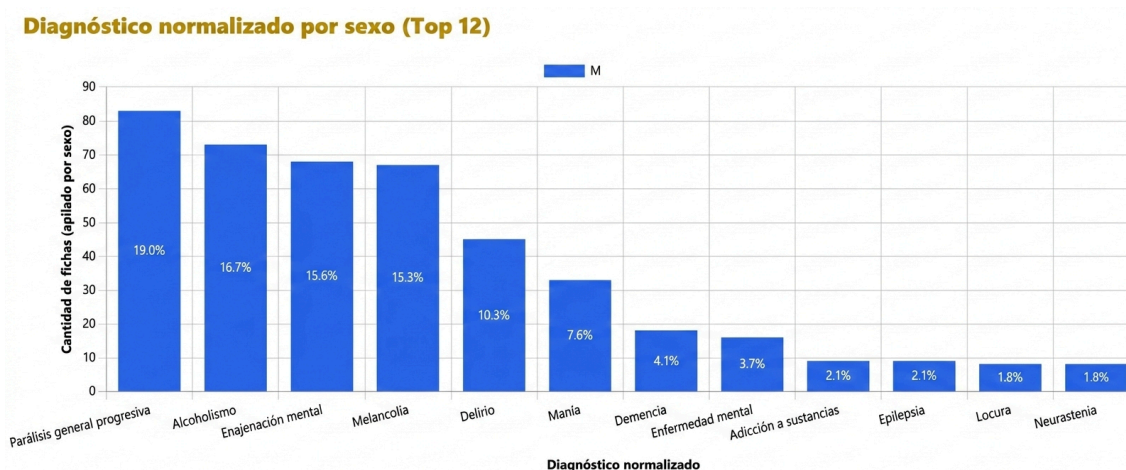


Figura 2. Principales diagnósticos normalizados en varones (Top 12). Los porcentajes refieren al total del Top 12 masculino. Fuente: elaboración propia (1900-1910).

Mientras que en las mujeres, según la *Figura 3*, el diagnóstico más frecuente es melancolía (80 casos; 25,6% del total femenino), seguido por enajenación mental (53; 16,9%) e histeria (50; 16,0%). Delirio y manía aparecen en ambos sexos con proporciones relevantes, aunque con diferencias: delirio concentra 8,0% de los casos femeninos frente a 9,6% de los masculinos; manía 11,5% en mujeres y 7,0% en hombres.

Diagnóstico normalizado por sexo (Top 12)

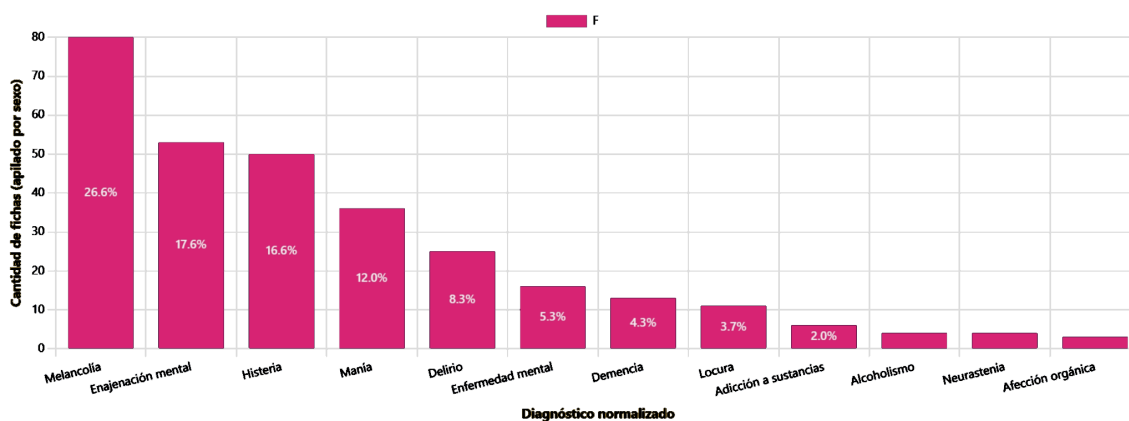


Figura 3. Principales diagnósticos normalizados en mujeres (Top 12; incluye empates de frecuencia). Los porcentajes refieren al total del Top femenino representado. Fuente: elaboración propia (1900-1910).

Para comparar los porcentajes relativos podemos observar la *Figura 4* donde se puede observar que la histeria presenta una concentración marcada en mujeres: 50 de los 53 casos (94,3%) corresponden a historias clínicas femeninas, mientras que 3 casos (5,7%) corresponden a varones. En sentido inverso, la PGP aparece fuertemente masculinizada: 83 de 86 casos (96,5%) corresponden a varones. El alcoholismo también se concentra en hombres (94,8% de los casos).

Diagnóstico normalizado por sexo (Top 12)

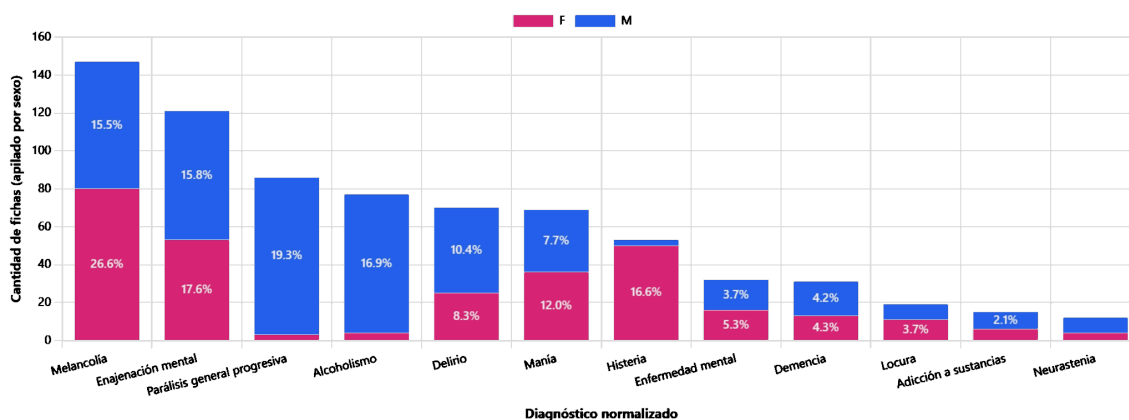


Figura 4. Diagnósticos normalizados (Top 12 global) por sexo. Las barras expresan frecuencias absolutas; dentro de cada barra se indica el porcentaje relativo del diagnóstico dentro del Top 12 de cada sexo. Fuente: elaboración propia (1900-1910).

7.3 Evaluación de diagnósticos por sexo

Ahora bien, vamos a proceder a evaluar por separado los tres principales diagnósticos en hombres y los tres principales en mujeres para nuestro análisis.

7.3.1 Diagnósticos prevalentes en hombres

Parálisis General Progresiva

El principal diagnóstico en hombres es “*Parálisis General Progresiva*” (PGP) o *Parálisis General de los Enajenados o Demencia Paralítica* y fue descrita en la psiquiatría de fines del siglo XIX como un proceso orgánico progresivo caracterizado por deterioro intelectual, trastornos del juicio y del comportamiento, signos neurológicos (alteraciones pupilares, disartria, torpeza motora) y, con frecuencia, un delirio de grandeza o hipocondríaco. Desde la perspectiva etiológica actual, se reconoce como manifestación de la tercera etapa de la sífilis no tratada. No obstante, en el período de entre siglos no estaba tan clara la relación causal con la sífilis, aunque ampliamente sospechada en la clínica (Martínez y Valverde, 1900). En la mayoría de los registros que analizamos con este diagnóstico se puede encontrar alguna referencia a dicha enfermedad. La PGP era un cuadro con manifestaciones neuropsíquicas, deterioro cognitivo con evolución hacia demencia y muerte (Pérez-Trullén et al., 2015).

Este cuadro podría afectar tanto a hombres como mujeres, lo cuál resulta contradictorio observando los datos recolectados, donde el 96,5% de los casos pertenecen a hombres. Para intentar dar una explicación a estos resultados vamos a analizar diferentes dimensiones.

En el plano clínico, Martínez y Valverde (1900) en este sentido subraya la importancia del período prodrómico, que podía manifestarse por cambios sutiles de carácter, irritabilidad, olvidos y descenso de la energía mental, o bien por un patrón de exaltación con proyectos ambiciosos y conductas socialmente impropias así como trastornos del sueño y convulsiones. En esta fase inicial, el cuadro podía confundirse con otras formas de Alienación Mental antes de que los signos neurológicos progresivos se hicieran evidentes, lo que introduce la posibilidad de clasificaciones iniciales alternativas. Estudios estadísticos contemporáneos, como el de Baird (1905), confirman la presencia de casos de PGP femeninos y señalan que en mujeres podían observarse presentaciones menos marcadas por el delirio expansivo y más próximas a formas demenciales o melancólicas, lo cual resulta relevante para el análisis de eventuales sesgos diagnósticos.

En el plano social se describía una desproporción particularmente elevada entre varones y mujeres en “*clases elevadas*”, y una menor brecha en sectores populares (Martínez y Valverde, 1900). En “*clases elevadas*” se consigna una desproporción extrema (p. ej., *100 hombres por 5 mujeres*), mientras que en estratos más bajos la brecha disminuye (p. ej., *100 hombres por 40–45 mujeres*). Esto entra dentro de una lógica donde (1) en el sexo femenino la enfermedad se observaría con más frecuencia en prostitutas y en mujeres de “*mala vida*”, y (2) que en la mujer la aparición sería más tardía, la evolución más lenta y que “*por lo común*” reviste la forma de demencia paralítica o podía ser confundida con diagnósticos de espectro más amplio. (Martínez y Valverde, 1900).

Todo esto muestra, por un lado, que había casos femeninos y, por otro, que el discurso médico podía moralizar fuertemente esos casos, y al ser un cuadro con tanto estigma puede haber habido un sesgo a la hora de diagnosticar, priorizando otros diagnósticos y pasando por alto ciertos síntomas, pero esto sería una inferencia y un análisis que excede el alcance de la base de datos. En este nivel, no sorprende que la etiqueta de Parálisis General Progresiva funcione como diagnóstico frecuente. Como mencionamos antes, en una época donde la prostitución era legal y con poco cuidado sanitario no era de extrañar la cantidad de personas afectadas por enfermedades venéreas, así como aparecen también las menciones a estas enfermedades venéreas desplazando la responsabilidad a las mujeres.

Alcoholismo

En cuanto al “*Alcoholismo*”, como mencione en el apartado metodológico este diagnóstico normalizado incluye las manifestaciones: *delirio alcohólico*, *alcoholismo crónico*, *enajenación mental por alcoholismo*, *locura tóxica por alcoholismo* y *locura alcohólica*.

El abuso de bebidas alcohólicas y sus consecuencias en el período de entre siglos fue pensado en un entrecruzamiento entre higienismo, criminología y medicina mental, no sólo como un problema individual, sino como parte de un conjunto más amplio de preocupaciones sobre “*hábitos*” y “*cuestiones sociales*”. En su reconstrucción de debates y dispositivos de control, Dovio ubica al alcoholismo como asociado a categorías como “*mala vida*” tematizados como problemas sociales (junto con la vagancia, la delincuencia y la prostitución) conectados a un universo donde se enlazan “*corrupción moral*” y “*degeneración*” que habilitaban intervención policial y médica. (Dovio 2008, 2013). Los marcos de época tendieron a interpretar el alcoholismo mediante gramáticas que combinaban causalidades orgánicas, morales y sociales (OMS, 1994; Dovio, 2013)

A la vez, investigaciones sobre discursos médicos regionales de las primeras décadas del siglo XX muestran tensiones específicas entre el alcohol como mercancía culturalmente legitimada (por ejemplo, el vino en contextos productivos) y el alcohol como “*problema social*”, lo cual sugiere que el sentido del rótulo “*alcoholismo*” se jugaba, en parte, en la frontera entre moderación aceptable y exceso patologizado (Mateu, 2016; Dovio, 2013).



Semana Médica, año II, núm. 3, 17 de enero de 1895: XXXIV

En la literatura médico-criminológica recuperada por Conforte, se explicita que, si para los hombres la *“mala vida”* podía incluir alcoholismo (además de juego, vagancia, etc.), para las mujeres la figura característica de la desviación tendía a organizarse alrededor de la prostitución. (Conforte, 2023). Esto no significa que no hubiera consumo femenino, sino que era un marcador más *“típico”* de la desviación masculina.

En estadísticas retomadas por Mateu, los registros policiales por ebriedad (1892–1901) incluían mujeres, aunque en proporción minoritaria (se menciona alrededor de un 6% de entradas por ebriedad correspondientes a mujeres), lo cual muestra presencia femenina en escenas públicas de embriaguez (Mateu, 2016). Por otro lado, en el plano discursivo, cuando se trata de mujeres, el consumo de alcohol aparece frecuentemente moralizado. Sánchez Antelo, al analizar discursos expertos sobre sustancias (1860–1930), muestra cómo en descripciones periciales la *“buena reputación”* femenina se apoya en la ausencia de *“vicios”* y, específicamente, en no presentar *“inclinación”* al alcohol u otros tóxicos; y, en el otro extremo, recupera figuraciones donde la prostituta es caracterizada por *“pasión por los licores”* o *“afición por el alcohol”*. En síntesis, más que una discusión sobre *“permitido/prohibido”*, lo que aparece documentado es un régimen de respetabilidad: el alcohol (sobre todo el *“abuso”*) podía funcionar como signo de sospecha o degradación moral en mujeres, y su mención se articula con matrices de control (clínicas, judiciales, policiales) (Sánchez Antelo, 2020).

Esto entonces puede darnos una idea de por qué el alcoholismo se daba más en los registros de hombres y no tanto en mujeres.

7.3.2. Diagnósticos frecuentes en ambos sexos

En el caso de la melancolía y la enajenación mental, la distribución es comparativamente más *“mixta”*. La melancolía es el diagnóstico más frecuente del corpus y aparece en ambos sexos (54,4% de los casos de melancolía son mujeres; 45,6% varones). La enajenación mental también se reparte de modo relativamente equilibrado (43,8% mujeres; 56,2% varones). Esta relativa transversalidad sugiere que ambas categorías funcionaron como rótulos de amplio espectro para nombrar estados afectivos y de desorganización, más que como diagnósticos ligados a una etiología específica.

Melancolía

La melancolía fue, históricamente, una de las categorías centrales para nombrar y organizar los estados de tristeza más allá de lo considerado *“normal”*. En el material de Norberto Aldo Conti se remarca que, desde la antigüedad griega hasta el siglo XIX, la melancolía constituyó la categoría fundamental para referirse a la tristeza, ligada en sus orígenes a la teoría humoral (la *“bilis negra”*) (Conti, 1996).

En términos diagnósticos, ese desplazamiento conceptual no fue lineal: Conti ubica que, a comienzos del siglo XIX, manía y melancolía operaban como categorías amplias que “*subsumían*” trastornos afectivos y delirantes. En ese marco, la distinción no se organizaba primariamente por la tristeza como afecto, sino por el tipo de delirio: la manía era entendida como delirio general sin fiebre y la melancolía como delirio parcial sin fiebre, pudiendo esta última cursar con agitación o abatimiento (Conti, 1996).

De allí que, en ese período, la tristeza no definiera por sí sola la melancolía: lo definitorio era el carácter parcial del delirio. Conti también recupera que, durante la primera mitad del siglo XIX, Esquirol introduce la noción de monomanías y diferencia las monomanías intelectuales de la lipemanía (melancolía propiamente dicha), en la cual vuelve a situar la tristeza como síntoma nuclear. A partir de eso Conti señala que se define la melancolía por la presencia de tres síntomas nucleares: angustia, tristeza y enlentecimiento psicofísico y según sus variedades evolutivas (Conti, 1996). Esto vuelve visible que la categoría melancolía puede oscilar —según tradiciones, autores e instituciones— entre un énfasis afectivo y un énfasis delirante. Entonces *melancolía* podía funcionar como rótulo para presentaciones complejas donde el afecto triste se combinaba con ideas fijas, delirios, fenómenos corporales y lecturas morales. Y este diagnóstico no evidencia alguna inclinación en particular de prevalencia en algún sexo, sino que es bastante equitativo y su etiología relativamente definida.

Enajenación mental

Pasando al diagnóstico normalizado de “*Enajenación mental*” que incluye diagnósticos de “*Alienación mental*”. Esquirol la define en términos orgánico-funcionales: *una afección cerebral por lo común crónica y afebril, cuyo rasgo clínico es el desorden de tres esferas—sensibilidad, inteligencia y voluntad—, lo que sitúa la “enajenación/alienación mental” como un diagnóstico general construido desde la clínica de funciones psíquicas alteradas* (Esquirol, 1838). Por su parte Martínez y Valverde explica en su apartado de “*Terminología*” que “*alienación mental*” se usa genéricamente para abarcar *todos los trastornos de la inteligencia*, mientras que “*locura*” se aplicaría más propiamente a la *pérdida de la razón* en un sujeto previamente “*normal*” (Martínez y Valverde, 1900).

En cuanto a la sintomatología, el núcleo ya está sugerido por la definición (trastornos de sensibilidad, inteligencia y voluntad), pero hacia 1900 se sistematiza su relevamiento clínico: Martínez y Valverde expone un cuadro sintomático (tomado de Régis) que ordena la observación en elementos funcionales (desórdenes de la actividad general por *excitación* o por *depresión*; desórdenes psíquicos intelectuales como concepciones delirantes, alucinaciones e ilusiones; pasionales/afectivos; y psicomotores vinculados a instintos y actos; además de alteraciones de la esfera física) y elementos orgánicos o constitucionales (lesiones y “*estigmas*” psíquicos y físicos) (Martínez y Valverde, 1900).

7.3.3 Diagnóstico en mujeres: Histeria

El diagnóstico de histeria ha variado mucho a lo largo del tiempo: no es lo mismo lo que entendemos hoy por histeria, que la histeria del siglo XIX o del XX. Lo que sí podemos afirmar es que la patología figuraba bajo síntomas poco precisos, malestares ambiguos, crisis diversas y sobre todo variaba de profesional en profesional (Vallejo, 2021).

El diagnóstico de histeria constituye un punto de entrada privilegiado para discutir la relación entre clasificación psiquiátrica y género por dos razones: su fuerte concentración en mujeres en el corpus y su densidad histórica como categoría médico-cultural. En el Instituto Frenopático de Buenos Aires (1900-1910) la histeria representa 6,8% del total de diagnósticos normalizados (53 casos), pero su distribución por sexo es marcadamente asimétrica: 94,3% con 50 casos corresponde a mujeres, representando el 16% sobre el total de diagnósticos en mujeres. Esta regularidad merece una discusión articulada con bibliografía específica, porque la histeria no es solo un rótulo clínico; es una categoría cargada de sentidos sobre el cuerpo, la moral y la feminidad.

Al contrastar estos resultados con otros relevamientos, Conforte en su tesis doctoral señala que, en el Instituto Frenopático, entre 300 certificados de admisión elevados entre 1889 y 1893 se pueden encontrar alrededor de 20 casos de histeria, cerca del 7% de la población total. Entre 1898 y 1900 el número de casos de histeria vuelve a rondar la veintena dentro de 180 historias clínicas, superando ahora al 10% del total, señalando que ese corpus está mayoritariamente compuesto por casos masculinos, lo que vuelve crucial atender al sesgo del material conservado (Conforte, 2023).

Durante este periodo, el pensamiento médico tradicional construyó una identidad femenina basada en la supuesta fragilidad biológica y ética, vinculándola con una naturaleza impulsiva que debía ser controlada. Bajo el pretexto de salvaguardar el progreso nacional, la medicina implementó mecanismos de supervisión sobre la conducta de las mujeres, dado su rol clave como progenitoras de la ciudadanía. En este contexto, la histeria se consolidó como la categoría diagnóstica predilecta para patologizar la feminidad; se convirtió en una herramienta de control social que permitía etiquetar a la mayoría de las mujeres como enfermas, independientemente de sus síntomas reales, con el fin de subordinar su autonomía al saber facultativo. (Freijo Becchero, 2021)

La *Figura 5* presenta la distribución por rangos de edad en los casos de histeria femenina (n = 50). La concentración principal se ubica entre 20 y 29 años (48%), seguida por 30-39 (22%) y 10-19 (14%). Si bien la edad no define un diagnóstico, este perfil es compatible con la forma en que la medicina decimonónica y de comienzos del XX vinculó la histeria a momentos de la vida femenina asociados a la vida fértil de la mujer (Conforte, 2018; 2023). Este punto se articula, además, con lo observado por Navarraz y Jardon (2010) sobre el peso que adquieren los datos reproductivos en historias clínicas de mujeres en instituciones

psiquiátricas porteñas, si el dispositivo de registro interroga y organiza la vida femenina en torno a esos hitos, resulta plausible que la categoría histeria se active con mayor facilidad en mujeres jóvenes y adultas, en correspondencia con ese esquema de lectura corporal.

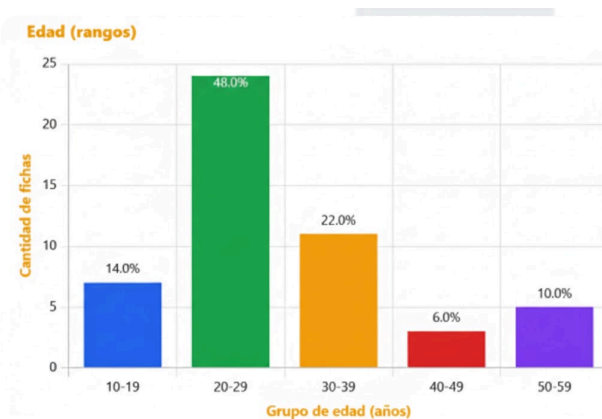


Figura 5. Distribución por rangos de edad en historias clínicas con diagnóstico de histeria (mujeres; n = 50). Fuente: elaboración propia (1900-1910).

En términos comparativos, los datos de esta tesina (1900–1910) muestran, por un lado, que la histeria constituye un diagnóstico cuantitativamente relevante dentro de las internaciones femeninas; y por otro, que su lectura debe ser cautelosa, porque la proporción de casos en una institución no se puede extrapolar linealmente al conjunto social. En esa dirección, Conforte propone que ciertas variaciones casuísticas pueden vincularse con la instalación de tratamientos ambulatorios, con la ampliación de espacios de atención para “males nerviosos” sin necesidad de internación y con un “abanico más amplio de posibilidades” para el sector pudiente, que podía pagar por esos circuitos (Conforte, 2023).

El Instituto Frenopático, al ser privado, estaba constituido por un público de familias acomodadas; en ellas podía prevalecer el aislamiento doméstico y la visita reservada de un médico, mientras que otras trayectorias incluían convento, estadías campestres, lo que hacía que muchas veces la internación no fuera necesaria salvo en casos más extremos. Ya hacia el entresiglos, la autora subraya una mayor circulación del cuadro: periódicos que ofrecían preparados anti-nerviosos e institutos, consultorios externos, y una profusión de clínicas, farmacias y boticas destinadas a “aliviar y confortar” a nerviosas y a un público consumidor más amplio (Conforte, 2023, p. 500).



La Semana Médica, año III, num. 48, 26 de noviembre de 1896:DCCLVII

En cuanto a la caracterización clínica-discursiva, la historiografía insiste en que la histeria no conformó una entidad estable, sino una categoría históricamente móvil y heterogénea. Conforte enfatiza que, a fines del siglo XIX, la medicina “no logró dotar a la histeria de estabilidad, fronteras ni identidad nosológica precisas”, y que, en ese marco, el diagnóstico se vuelve particularmente sensible a tensiones entre saber, práctica terapéutica y lectura moral del cuerpo femenino (Conforte, 2023). En un pasaje clave, la autora propone incluso que la sospecha diagnóstica de histeria opera como “una suerte de castigo”: un modo de sancionar un cuerpo que se manifiesta rebelde ante la acción médica y de patologizar el límite de inteligibilidad/eficacia terapéutica (“lo que falla no es la ciencia médica... sino aquella mujer...”) (Conforte, 2023).

En esta línea se pudo hacer una lectura un poco más profunda de las historias clínicas con este diagnóstico, y se pudieron observar algunas regularidades en cuanto a la descripción del carácter, biología y relatos de las internadas.

En primera instancia Conforte y Freijo advierten un rasgo estructural del archivo: por regla general, los relatos sobre aparición de perturbaciones y desarrollo mórbido “son transcripciones” de lo detallado por familiares y no suelen incluir testimonio directo de las mujeres internadas (Conforte, 2023; Becchero Freijo 2021). Esto también lo podemos observar en el análisis discursivo de las historias clínicas que alimentan el presente trabajo. Este punto es central ya que las historias clínicas no registran únicamente signos clínicos, sino que también vehiculizan una mirada familiar-social sobre conductas “desviadas”, articulada con el lenguaje médico disponible.

En ese sentido son aportados datos sobre los ciclos menstruales (dolorosas, irregulares, etc), embarazos y abortos. En cuanto al carácter, rasgos y comportamientos de las mujeres aparecen ciertas categorías que se repiten y se consignan descripciones donde el diagnóstico se ancla en oscilaciones afectivas consideradas “patológicas” o “desviadas” como son: “habla mucho”, “se ha vuelto agresiva e irascible”, “habla poco”, “era tranquila y sufrió una modificación en el carácter”, “come poco”, “duerme poco”, “excitación y agitación”, “se disgusta y llora sin motivo” entre otros.

En rasgos asociados a enfermedad aparecen irregularidad de alimentación, sueño, higiene, alteraciones del carácter. Y como señales de mejoría se hace referencia a la desaparición o mejoría de dichos rasgos. Esto nos permite construir un modelo de mujer en donde un sujeto pasivo se constituye como ideal, donde la maternidad, el cuidado de los hijos, la alegría y la tranquilidad son características esperadas.

En el corpus trabajado para esta tesina, esta lógica aparece de modo convergente en la presencia de fórmulas que asocian lo femenino a una predisposición nerviosa. En una de las historias clínicas relevadas se consigna, por ejemplo: “*ha sido de carácter vivo muy nerviosa e impresionable y predispuesta a las enfermedades nerviosas*”, y se agrega “*una predisposición hereditaria*” y “*numerosos abortos*” como parte del encuadre causal. Sin extrapolar indebidamente un ejemplo aislado al conjunto, este tipo de enunciados permite sostener —en diálogo con Freijo y Conforte— que la histeria, en el archivo clínico del entresiglos, se tramita como un diagnóstico donde la inteligibilidad médica del padecimiento se apoya con frecuencia en una combinación de: hipótesis de predisposición (hereditaria/nerviosa), referencias al cuerpo sexuado (ciclos, embarazos, abortos), y una semiología del “*carácter*” que traduce conflictos y tensiones familiares en atributos clínicamente significativos.

Por último, me gustaría mencionar que los tratamientos más utilizados para este diagnóstico fueron: hidroterapia, bromuro de potasio, tónicos, hipnóticos, reposo, opio, inyecciones de cafeína y eter y régimen lácteo, lo cual, junto con la descripción de la inespecificidad terapéutica en distintos cuadros, reubica la importancia del diagnóstico no solo en la cura sino también en la clasificación y el gobierno clínico del comportamiento (Conforte, 2023).

En síntesis, los resultados cuantitativos de la base de datos (1900–1910) muestran que la histeria constituye un diagnóstico fuertemente feminizante (50 casos en mujeres frente a 3 en hombres) y relevante dentro de las internaciones femeninas. La comparación con Conforte permite ubicar estas cifras dentro de un patrón histórico más amplio. Finalmente, el análisis discursivo —a partir de descriptores como “*raro y caprichoso*”, “*impresionable e irascible*”, “*caprichosa e impresionable*”, y de fórmulas clínicas que invocan predisposición nerviosa y conflicto doméstico— muestra que la histeria opera como una categoría clínica atravesada por normas de género y por moralizaciones del carácter, en un entramado donde lo familiar, lo institucional y lo médico se coproducen en el texto de la historia clínica (Freijo Becchero, 2021; Conforte, 2023).

Luego de este análisis me surge la pregunta: si la enajenación mental era un cuadro tan amplio con sintomatología tan diversa, ¿Por qué la histeria tenía su propio diagnóstico?, más específicamente, si los cuadros de histeria muchas veces compartían sintomatología con la enajenación mental, ¿Qué es lo que lo hace un diagnóstico distintivo?

8. Conclusiones

Este trabajo partió de una hipótesis deliberadamente amplia: que los diagnósticos psiquiátricos asignados en el Instituto Frenopático de Buenos Aires entre 1900 y 1910 estaban atravesados por estereotipos de género. Con el recorrido completo, esa hipótesis luce menos como un “*descubrimiento*” y más como un punto de partida que, en rigor, resultaría ingenuo negar: los sesgos de género atraviesan todavía hoy la práctica clínica y la producción de conocimiento en salud mental, por lo que asumir su inexistencia en el entresiglos sería anacrónico en el peor sentido (no por aplicar categorías actuales, sino por suponer una neutralidad que rara vez existió). La pregunta, entonces, no era si había o no estereotipos, sino cómo operaban: de qué manera se articulaban con las categorías diagnósticas disponibles, qué formas institucionales los volvían “*registrables*” y qué consecuencias tenían sobre la inteligibilidad de los padecimientos.

En ese sentido, el principal aporte de la investigación no reside en constatar una obviedad retrospectiva, sino en mostrar un mecanismo histórico: la trama concreta a través de la cual un dispositivo clínico-institucional transforma normas sociales en descriptores clínicos y, a la vez, convierte biografías en “*casos*”. El relevamiento y la construcción de una base de datos a partir de historias clínicas de ingreso permitió observar regularidades que difícilmente emergerían en una lectura aislada; pero, al mismo tiempo, obligó a asumir que el archivo no es un espejo transparente de la experiencia. La historia clínica es una tecnología de escritura: selecciona, ordena, jerarquiza y silencia. En el corpus analizado, esto se vuelve evidente tanto por el peso otorgado a variables como “*ambiente doméstico*”, “*condición social*”, “*pubertad*” o “*carácter*”, como por la mediación sistemática de terceros (familiares, médicos remitentes) en la narración de la “*perturbación*”. La consecuencia es metodológica y teórica: lo que se analiza no es solo una distribución de diagnósticos, sino una forma histórica de producir verdad clínica.

Desde esa perspectiva, las asimetrías encontradas entre hombres y mujeres deben leerse menos como diferencias “*naturales*” de morbilidad y más como efectos de interpretación. El contraste entre diagnósticos fuertemente masculinizados (PGP y alcoholismo) y el sesgo marcadamente feminizado de la histeria funciona como un índice de cómo la clínica se apoyaba en guiones sociales normativos distintos para cada sexo. En los varones, el padecimiento tiende a explicarse y, sobre todo, a legitimarse por etiologías orgánicas y por “*vicios*” asociados a la vida pública: cuadros vinculados a enfermedades venéreas, intoxicaciones y consumos problemáticos. En las mujeres, en cambio, el diagnóstico se ancla con frecuencia en el registro del comportamiento, del afecto y del incumplimiento (real o temido) de expectativas domésticas y morales. Así, el mismo dispositivo que afirma describir síntomas termina clasificando desviaciones respecto de una norma de género.

La histeria, en particular, condensa esta operación. Que aparezca como diagnóstico diferencial, separado de rótulos mucho más amplios como “*enajenación mental*”, sugiere que no funcionaba solamente como una categoría clínica, sino como una categoría cultural

especializada: un modo disponible de nombrar un conjunto heterogéneo de manifestaciones cuando el cuerpo y la conducta leídos como “*femeninas*” se volvían problemáticas para el entorno. Dicho de otro modo, la histeria parece operar como una herramienta de inteligibilidad que no necesita tanta precisión semiológica como capacidad de encuadre moral. Allí donde “*enajenación mental*” podía absorber una variedad de presentaciones, la histeria ofrecía una ventaja institucional: permitía inscribir el malestar en una gramática que ya traía asociada una teoría implícita del carácter femenino (impresionabilidad, inconstancia, capricho, excitabilidad), y al hacerlo traducía conflictos familiares, tensiones conyugales o disidencias conductuales en una narrativa clínicamente aceptable.

Este punto permite responder, al menos en parte, la pregunta que emerge al final del análisis: si la enajenación mental era tan amplia, ¿por qué la histeria necesitaba existir como diagnóstico propio? La evidencia sugiere que su “*utilidad*” no radicaba en delimitar una entidad más precisa, sino en producir una diferencia: la marca de género como principio organizador del caso. La histeria separa un tipo de desviación, no necesariamente más grave, que se interpreta como específicamente femenino y que, por lo tanto, requiere un rótulo que la naturalice. En un establecimiento privado, además, ese rótulo podía funcionar como solución socialmente menos disruptiva que otros diagnósticos con mayor estigma moral (por ejemplo, aquellos ligados a “*vicios*” o a enfermedades venéreas): habilitaba la internación y el tratamiento sin erosionar del mismo modo la respetabilidad familiar. En este sentido, el diagnóstico no solo describe; también gestiona reputaciones, distribuye culpas y ofrece relatos “*presentables*”.

A la vez, las categorías compartidas por ambos sexos (como melancolía o enajenación mental) muestran que la generalización no se agota en un diagnóstico “*femenino*” y otro “*masculino*”. Más bien, sugiere que hay rótulos que operan como contenedores flexibles donde el sesgo se desplaza desde la etiqueta hacia el modo de narrar el padecimiento. Cuando el diagnóstico es amplio, la normatividad puede colarse en el detalle: qué conductas se consideran relevantes, qué eventos biográficos se interpretan como causales, qué rasgos se describen como síntomas y cuáles como “*carácter*”. Por eso, la lectura cuantitativa y la lectura discursiva no compiten, se necesitan. Las cifras señalan patrones; el texto de las fichas muestra cómo esos patrones se fabrican.

Dicho esto, una conclusión central del trabajo es también una advertencia sobre el alcance de lo inferible. El Instituto Frenopático no representa “*la población*” de Buenos Aires ni el conjunto del sistema asilar: es un recorte institucional particular (privado, con criterios de acceso, con circuitos de derivación específicos). Incluso dentro del propio Instituto, el corpus analizado es el resultado de una depuración necesaria y de decisiones de normalización diagnóstica que vuelven comparables rótulos heterogéneos pero no eliminan la ambigüedad histórica. Por lo tanto, el valor del estudio no está en generalizar tasas a escala social, sino en ofrecer evidencia sólida sobre un modo de clasificar y escribir la locura en un espacio y tiempo concretos. En términos históricos, esta evidencia permite sostener que la perspectiva de

género está inscrita en el propio objeto, en la forma del registro y en la lógica de sus categorías.

El recorrido invita a una reflexión que excede el período estudiado. Reconstruir cómo los estereotipos de género se incorporan a los diagnósticos no busca condenar retrospectivamente a una práctica médica del pasado, sino volver visible un problema estructural: la clínica siempre trabaja en un marco de valores, y cuando esos valores se naturalizan se vuelven difíciles de detectar. El análisis del Instituto Frenopático muestra que los sesgos pueden operar como racionalidades “*técnicas*” (clasificaciones, formularios, lenguajes diagnósticos) y no solo como prejuicios individuales. Esa lección histórica resulta pertinente para la salud mental contemporánea: si el sesgo fue capaz de organizar diagnósticos con apariencia de cientificidad hace un siglo, también puede persistir, bajo otras etiquetas y protocolos, en el presente.

Finalmente, como proyección, futuras líneas de investigación podrían comparar este archivo con instituciones públicas (para evaluar cuánto del patrón depende del carácter privado del Instituto Frenopático), extender el período hacia 1920-1930 (para observar continuidades y cambios en el repertorio nosográfico y en el formato de las historias clínicas), y profundizar el análisis cualitativo de co-ocurrencias entre “*marcas de género*” en el relato y decisiones diagnósticas. En todos los casos, la clave es sostener la misma premisa que ordenó este trabajo: no preguntar solo qué se diagnosticaba, sino qué tipo de sujeto se volvía pensable y tratable a través de ese diagnóstico.

Referencias bibliográficas

- Ábalo, E. (2021). Nacimientos, casamientos y muertes: Estado, Iglesia y Registro Civil en el Tucumán de fines del siglo XIX. *Pasado Abierto. Revista del CEHis*, (14).
<https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/pasadoabierto/article/view/4736/5831>
- Ablard, J. D. (2008). *Madness in Buenos Aires: Patients, psychiatrists, and the Argentine state, 1880-1983*. University of Calgary Press.
- Armus, D. (2007). *La ciudad impura: Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Edhasa.
- Baird, J. H. (1905). *Statistical observations on general paralysis. Journal of Mental Science*, 51(214), 581–585.
- Burin, M. (2012). *Género y salud mental: Construcción de la subjetividad femenina y masculina* [Preprint basado en clase dictada en mayo de 2010, Facultad de Psicología, UBA]. Repositorio Institucional UCES. <https://dspace.uces.edu.ar/handle/123456789/1529>
- Calandria, S. (2021). Delincuencia y castigo de mujeres en la provincia de Buenos Aires (1904-1921). *Anuario IEHS*, 36(1), 99-124.
- Caponi, S., Martínez Sevilla, P., & Hummel do Amaral, G. (2018). Género y diagnóstico psiquiátrico: una revisión crítica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 25(3), 733–750. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193055>
- Caponi, S., & Martínez-Hernández, Á. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-antipsiquiátricos. *Scientiae Studia*, 11(3), 467-489.
- Caponi, S., Martínez Sevilla, P., & Hummel do Amaral, G. (2023). El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas. *Revista Estudos Feministas*, 31(1), e93055. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193055>
- Ciancio, M. B., & Gabriele, A. (2012). El archivo positivista como dispositivo visual-verbal: Fotografía, feminidad anómala y fabulación. *Mora (Buenos Aires)*, 18(1), 29-44.
- Conforte, A. J. (2018). Patologías histéricas en Buenos Aires: Un acercamiento a los primeros trabajos médicos (1877-1885). *Anuario de Investigaciones*, 25, 277-284.
- Conforte, A. J. (2023). *Histerias femeninas: Médicos y mujeres en Buenos Aires (1875-1910)* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de La Plata]. Memoria Académica.

- Congreso de la Nación Argentina. (2000, 2 de noviembre). Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales (Habeas Data). *Boletín Oficial de la República Argentina*.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25326-64790>
- Conti, N. A. (1996). *Paradigmas de la psiquiatría moderna* en: Libro electrónico sobre Interdisciplina y Psiquiatría VOL I* N°1 .
- Conti, N. A. (2008). De la alienación a las enfermedades mentales en Alemania: Karl Kahlbaum, un pensamiento de cambio. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 19, 228-230.
- Conti, N. A. (2020). El positivismo en Argentina y su proyección en América Latina. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 31, 145-154.
- de Lellis, M. (s. f.). *El movimiento de salud mental: Una aproximación histórica y crítica* [Material de cátedra, Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires].
- Didi-Huberman, G. (2015). *La invención de la histeria: Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière* (2.ª ed.). Cátedra. (Trabajo original publicado en 1982).
- Di Stefano, R. (2022). De cómo un conflicto parroquial influyó en los debates sobre la laicidad argentina: la destitución del cura de San Cristóbal en 1886 y sus inesperadas derivaciones. *Histórica*, 46(1), 101-131. <https://doi.org/10.18800/historica.202201.003>
- Dovio, M. Á. (2011). La “mala vida” y el Servicio de Observación de Alienados (SOA) en la revista Archivos de Psiquiatría, Criminología, Medicina Legal y Ciencias Afines (1902-1913). *Sociológica*, 26(74), 79-108.
- Dovio, M. Á. (2013). El caso de la “mala vida”, peligrosidad y prevención de conductas marginales en Revista de Criminología, Psiquiatría, Medicina Legal y Ciencias Afines, en Buenos Aires, 1914-1923. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 20(Supl. 1), 1225-1252.
- Dovio, M. Á. (2017). La higiene mental en Buenos Aires, Argentina (1935-1945). *Revista de Historia y Geografía*, (36), 45-65.
- Duby, G., & Perrot, M. (Eds.). (1993). *Historia de las mujeres en Occidente* (Vol. 4, El siglo XIX). Taurus.
- Duby, G., & Perrot, M. (Eds.). (1993). *Historia de las mujeres en Occidente* (Vol. 5, El siglo XX). Taurus.

- Esquirol, J.-E.-D. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (Vol. 1). J.-B. Baillière.
- Faigón, M. (2016, 1 de abril). La Ley Sáenz Peña y la frágil transición hacia la Argentina democrática. CONICET.
<https://www.conicet.gov.ar/la-ley-saenz-pena-y-la-fragil-transicion-hacia-la-argentina-democratica/>
- Falcone, R. (2011). *Genealogía de la locura: Discursos y prácticas de la alienación mental en el positivismo argentino (1880-1930)*. Letra Viva.
- Falcone, R. (s. f.). *Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina: Del hospital cerrado al hospital abierto* [Archivo PDF]. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 28 de enero de 2026, de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_Historialnstit.pdf
- Fernández, I., & Sedran, P. (2019). Consumo respetable: publicidades del alcohol en la provincia de Santa Fe (inicios del siglo XX). *Historia Regional*, 39.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1975).
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (2002). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (1895). *Obras completas. Volumen II - Estudios sobre la histeria (1893-1895)*. Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires; Madrid: Amorrortu.
- Freijo Becchero, F. S. (2021). *Mujeres: cuerpos expropiados*. JVE.
- Freijo Becchero, F. S. (2022). Mentalidades médicas presentes en historias clínicas del Instituto Frenopático de Buenos Aires entre 1900 y 1930. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(4), 1714-1739.
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/84322>
- Freijo Becchero, F. S. (2023). Estudios patográficos: Cuatro modelos de historias clínicas del Instituto Frenopático de Buenos Aires (1900-1930). *Revista Peruana de Historia de la Psicología*, 9, 51-73.
<https://historiapsiperu.org.pe/wp-content/uploads/2024/08/5.-Estudios-patograficos-en-el-Instituto-Frenopatico.pdf>

- Freud, S. (1953). Fragment of an analysis of a case of hysteria (Dora) (J. Strachey, Ed. & Trans.). In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7). Hogarth Press. (Original work published 1905).
- Freud, S., & Breuer, J. (1955). Studies on hysteria (J. Strachey, Ed. & Trans.). In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2). Hogarth Press. (Original work published 1895).
- Gil Lozano, F., Pita, V. S., & Ini, M. G. (Eds.). (2000). *Historia de las mujeres en la Argentina* (Vols. 1-2). Taurus.
- Golcman, A. A., & Ramos, M. A. (2017). La anatomopatología alemana en el centro de la psiquiatría argentina: Una aproximación a los estudios clínicos en el Hospicio de las Mercedes (1900-1910). *Asclepio*, 69(2), e189. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2017.12>
- Gómez, E. (1908). *La mala vida en Buenos Aires*. Juan Roldán.
- Guardia Lezcano, Juan Ramón (2019). El Instituto Frenopático de Villa Devoto y las Hermanas Franciscanas
- Handerer, F., Kinderman, P., Timmermann, C., & Tai, S. J. (2021). How did mental health become so biomedical? The progressive erosion of social determinants in historical psychiatric admission registers. *History of Psychiatry*, 32(1), 37-51. <https://doi.org/10.1177/0957154X20968522>
- Huertas, R. (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: Posibles acercamientos metodológicos. *Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría*, 1(2), 7-33.
- Huertas, R. (2002). *Historia cultural de la psiquiatría*. Síntesis.
- Ingenieros, J. (1900). *Simulación de la locura por alienados verdaderos* [Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires]. La Semana Médica.
- Ingenieros, J. (ca. 1904). *La simulación en la lucha por la vida*. F. Sempere.
- Ingenieros, J. (1907). Instituto de Criminología. Su fundación en la Penitenciaría Nacional. *Archivos de Psiquiatría y Criminología Aplicadas a las Ciencias Afines*, 4, 257-263.
- Instituto Frenopático de Buenos Aires. (1900-1910). *Historias clínicas de ingreso* [Archivo primario]. Buenos Aires, Argentina.
- Kristeva, J. (2017). *Sol negro: Depresión y melancolía*. WunderKammer. (Trabajo original publicado en francés en 1987).

- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Triacastela.
- Lionetti, L. (2005). La función republicana de la escuela pública: La formación del ciudadano en Argentina a fines del siglo XIX. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 10(27), 1225-1259. <https://historiapolitica.com/datos/biblioteca/lionetti.pdf>
- Lores Arnaiz, M. del R. (2005). Un aporte original: La concepción de la psicología en el positivismo argentino. *Anuario de Investigaciones*, 13, 227-233. <https://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v13/v13a54.pdf>
- Mailhe, A. (2016). *Archivos de psiquiatría y criminología (1902-1913): Concepciones de la alteridad social y del sujeto femenino*. Universidad Nacional de La Plata. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/59823>
- Manrique, M. S. (2014). *Análisis del discurso: Aportes para la comprensión de las situaciones de enseñanza* [Ficha de cátedra, Didáctica II]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Martínez, A. B. (1910). *Censo general de población, edificación, comercio e industrias de la ciudad de Buenos Aires: Conmemorativo del primer centenario de la Revolución de Mayo, 1810–1910* (Tomo 1). Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco.
- Martínez y Valverde, J. (1900). *Guía del diagnóstico de las enfermedades mentales: Con nociones sobre la terapéutica, deontología y medicina legal frenopáticas y dos apéndices conteniendo la legislación vigente en España y un formulario de documentos médico-legal*. José Espasa.
- Martino, O. A. (2010). El académico Rafael Herrera Vegas en el centenario de su fallecimiento. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina*, 88(2), 309–333.
- Martocci, F., & Ledesma, L. (2018). *Una historia económica argentina: De la etapa agroexportadora a la economía política del peronismo (1880-1955)*. CONICET Digital.
- Mateu, A. M. (2016). El vino como alimento y como problema social: Mendoza en las primeras décadas del siglo XX. *Mundo Agrario*, 17(35).
- McCarthy, A., Walsh, B., & Sutton, E. (2017). Lives in the asylum record, 1864 to 1910: Utilising large data collection for histories of psychiatry and mental health. *Medical History*, 61(3), 358-379.

- Abal Medina, J. M., Eberhardt, M. L., & Ariza, A. (2021). Ministros y ministerios en los comienzos del Estado argentino (1862-1898). *Estudios Sociales del Estado*, 7(14), 220-260. <https://doi.org/10.35305/ese.v7i14.281>
- Maddison, A. (2001). *The world economy: A millennial perspective*. OECD.
- Municipalidad de la Capital (Buenos Aires, Argentina), Dirección General de Estadística Municipal. (1904). *Anuario estadístico de la Ciudad de Buenos Aires: Año XIII-1903*. Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco.
- Navarlaz, V. E., & Jardon, M. (2010). Los diagnósticos y las historias clínicas de mujeres en los hospicios de Buenos Aires entre 1900-1930. *Anuario de Investigaciones (Facultad de Psicología, UBA)*, 17, 393-400.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. (s. f.). *Gender stereotyping*. United Nations Human Rights. Recuperado el 27 de febrero de 2026, de <https://www.ohchr.org/en/women/gender-stereotyping>
- Pérez-Trullén, J. M., Giménez-Muñoz, Á., Campello, I., & Chárlez, L. (2015). La parálisis general progresiva o enfermedad de Bayle. *Neurosciences and History*, 3(4), 147-153.
- Requena, P. (2010). La evolución de la política manicomial en Buenos Aires entre 1880 y 1930. *Anuario de Historia de la Ciudad*, 1, 45-60.
- Romero, J. L. (1965). *El desarrollo de las ideas en la sociedad argentina del siglo XX*. José Luis Romero. <https://jlromero.com.ar/textos/el-desarrollo-de-las-ideas-en-la-sociedad-argentina-del-siglo-xx-1965/>
- Rossi, L., Ibarra, M. F., & Jardon, M. (2012). Las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes en contexto institucional. Argentina: 1900-1957. *Anuario de Investigaciones (Facultad de Psicología, UBA)*, 19(2), 213-218.
- Rossi, L. (2001). Instituciones de psicología aplicada según períodos políticos y cambios demográficos en Argentina. Vestigios de Profesionalización. En Rossi, L. (Ed) (2001), *Psicología: su inscripción universitaria como profesión*. Buenos Aires: Eudeba.
- Rubin, G. (1975). The traffic in women: Notes on the "political economy" of sex. In R. Reiter (Ed.), *Toward an anthropology of women* (pp. 157-210). Monthly Review Press.
- Salas, H. (1996). *El centenario: La Argentina en su hora más gloriosa*. Planeta.

- Sánchez Antelo, V. (2020). Mujeres argentinas y usos de drogas: Análisis sociohistórico del uso femenino de sustancias psicoactivas en Argentina (1860-1930). *Salud Colectiva*, 16, e2446. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2446>
- Santayana, G. (2023). *La vida de la razón o fases del progreso humano: Introducción y vol. I. La razón en el sentido común* (D. Moreno Moreno, Trad.). KRK Ediciones. (Trabajo original publicado en 1905).
- Showalter, E. (1997). *Hystories: Hysterical epidemics and modern culture*. Columbia University Press.
- Silva, R. A., Ibarra, J. Á., Almaraz, L. P., González, R. D., Merino, R., Pace, M. E., Panetta, R. N., Pareja, D. F., Silva, M. G., Blanco, P., Costantini, D. F., & Enriquez, G. S. (2017). *El sistema ferroviario argentino: Análisis de los procesos de privatización y estatización* [Informe técnico]. Universidad Nacional de La Matanza. <http://repositoriocyt.unlam.edu.ar/handle/123456789/240>
- Stagnaro, J. C. (2017). Nosologías y nosografías psiquiátricas argentinas. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 29, 191-235.
- Torrado, S. (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Ediciones de la Flor.
- Vallejo, G., & Miranda, M. (2021). Masculinidades y feminidades: Estereotipos, estigmas e identidades colectivas (Latinoamérica en el siglo XX). Del arquetipo al estereotipo. *Historia y Sociedad*, 41, 1-14. <https://doi.org/10.15446/hys.n41.96348>
- Vallejo, M. S. (2021). Las neurosis en la medicina de Buenos Aires (1878-1900): conceptos, figuraciones y respuestas terapéuticas. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 25(1), 13-41. <https://doi.org/10.35588/rhsm.v25i1.4406>
- Vermeren, P., & Villavicencio, S. (1998). Positivismo y ciudadanía: José Ingenieros y la constitución de la ciudadanía por la ciencia y la educación en la Argentina. *CUYO: Anuario de Filosofía Argentina y Americana*, 15, 61-78.
- Vezzetti, H. (1985). *La locura en la Argentina*. Paidós.
- Virgilio, A. (en prensa). *El porvenir de una pasión* (pp. 191-202) [Extracto de manuscrito en edición para publicación].
- Vitelli, G. (1999). *Los dos siglos de la Argentina: Historia económica comparada*. Prendergast.

Von Stecher, P. (2013). Curar, corregir, controlar y combatir. El discurso de la enseñanza médica en la Argentina (1890-1910). *Discurso & Sociedad*, 7(3), 578–607.
<https://doi.org/10.14198/dissoc.7.3.5>

World Health Organization. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. World Health Organization.

World Health Organization. (2002). *Gender and health*. Recuperado el 27 de febrero de 2026, de <https://www.who.int/health-topics/gender>

Ynoub, R. (2014). *Cuestión de método: Aportes para una metodología crítica* (Tomo I). Universidad Nacional Autónoma de México.

Zimmermann, E. A. (1994). *Los liberales reformistas: La cuestión social en la Argentina, 1890-1916*. Editorial Sudamericana; Universidad de San Andrés.

Apéndice A

Historia clínica de referencia del año 1902

INSTITUTO FRENOPÁTICO

HISTORIA N° 1402.

Día de entrada 11 Mes Noviembre Año 1902
Procedencia 25 de Mayo Categoría Segunda
Nombre Pascuala Edad 22 años Estado soltera
Nacionalidad Argentina Provincia _____ Años de residencia _____
Profesión _____ Grado de instrucción inferior Religión Católica
Nombre de la persona que lo secuestra Desconocido
Grado de vinculación con el enfermo parte

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Hijo legítimo de padres no consanguíneos
Edad del padre al concebir al actual enfermo se ignora
Edad de la madre se ignora

No hay en su familia casos de enfermedades que podamos referir a la que actualmente padece, sus padres viven con salud y bien equilibrados lo mismo que sus hermanos.

AMBIENTE DOMÉSTICO

Condición social de la familia humilde
Estado de relación con el cónyuge soltero
Medios de vida } ¿Que fortuna? causa
 } Dificultades para obtenerlos facile

INFANCIA Y NIÑEZ

¿Hubo traumatismo? no
¿Qué enfermedades? La única de importancia que ha tenido es el sarampión

¿A que edad fué púber? a los 14 años

¿Aprendió a leer y escribir con facilidad? si

Enfermedades infecciosas ó de otro orden hasta la época actual hace 12 años tuvo una afección febril que por la relación que se ella hace la familia sea fiebre tifóidea.

EXAMEN DIRECTO DEL ENFERMO

Estatura Peso Índice cefálico
Abertura de los brazos Stigmas más notables

Mala implantación dentaria. -

EXAMEN PSIQUICO

Causas de la enfermedad } Presumidas
Averiguadas

¿Cuánto tiempo hace que se notaron las primeras perturbaciones y cuáles fueron?

Hace cinco días sin causa aparente que lo determinara se puso nervioso muy crepus y no dormía.

Se notaba en ella un cambio completo en su modo de ser estaba sumamente irritada y emotiva fusaba con la mayor facilidad del llanto a la risa y de esta al canto, había una exaltación intelectual bien manifiesta sus conversaciones eran coherentes la mayor parte de las veces pero en otros momentos se hacía incoherente valían lo con la mayor facilidad de su tema al otro, en estas condiciones fui visto por un medico de la localidad el que aconsejó a la familia su reclusión en este establecimiento.

OBSERVACIONES

La U. Pascuala es de carácter raro y caprichoso violenta y sumamente nerviosa ha dejado siempre una marcada predisposición para adquirir las enfermedades nervosas o mentales.

Al ingresar al Establecimiento el estado existía como el sueño era muy irregular y la alimentación deficiente.

La memoria estaba exaltada, los sentimientos afectivos se conservaban bien. Tenía zonas lúbricas.

Desde que permaneció durante dos meses al ingresar el sueño se inició una franca mejoría, estaba mucho más tranquila el sueño era mucho más regular se alimentaba bien en estado tan bueno y se ocupaba en los labores propios de su sexo.

En estas condiciones fue visitada por la familia la que hallándola muy mejorada resolvió llevarse.

Diagnóstico

Excitación maníaca.

Tratamiento

permanencia en el lecho, hipnotismo
y bromuro e hipnotico.

Día de salida

12

Mes

Febrero

Año 1903

Estado mental del enfermo al salir del establecimiento

Ha salido mejorada.

Estado físico *Es Bueno.* -