

**TÍTULO:** ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN DE CUERPO EN HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES DEL INSTITUTO FRENOPÁTICO DE BUENOS AIRES ENTRE 1881 y 1901

**AUTORES:** Prof. Dra. Lucía Rossi, Mg. Fedra Freijo Becchero

**FILACIÓN INSTITUCIONAL:** Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

**FUENTE DE FINANCIAMIENTOS:** Universidad de Buenos Aires-Facultad de Psicología-Instituto de Investigaciones. Cátedra II de Historia de la Psicología.

**EJE TEMÁTICO:** Resistencias

**PALABRAS CLAVES:** Historias clínicas, cuerpo, mujer, Argentina

**RESUMEN:**

*Introducción*

El Instituto Frenopático de Buenos Aires se constituye como una Institución dedicada a la atención psiquiátrica desde hace más de cien años y de manera ininterrumpida. Dentro de sus particularidades se destaca por ser la primera institución privada de estas características de la República Argentina al ser fundada en la década de 1880. La procedencia del Instituto Frenopático de Buenos Aires fue el Instituto Frenopático de Las Corts, de Barcelona, fundado en 1863 por T. Dolsa i Ricart, siendo la freniatria uno de los primeros modelos de medicina mental. Entre 1880 y 1910 se construyeron en Argentina los primeros hospicios, se organizaron las primeras cátedras de medicina mental y las primeras publicaciones. En esas décadas aparecen también los servicios de internación privada. Los primeros médicos freniatras tenían una interacción permanente entre el ámbito privado y el público. Entre el 7 y 9 de Septiembre de 1885 se realiza el Congreso de Freniatria y Neuropatología en Amberes, Bélgica. En el mismo se establecen ciertas formas principales sobre las cuales los alienistas se hallaban de acuerdo: idiotismo, cretinismo, locura parálitica, demencia y locura tóxica eran consideradas locuras orgánicas dependientes de alteraciones anátomo-patológicas manifiestas; por otro lado:

manía, melancolía y locura circular eran consideradas como cuadros que carecían de lesiones materiales definidas y podían agruparse bajo la designación de neuropsicosis<sup>1</sup>.

Dentro de los estudios de la Historia de la Psicología, el presente trabajo se constituye como parte de una investigación más amplia que aborda las conceptualizaciones presentes en el discurso médico y social en torno a la mujer entre los años 1880 y 1930 (Rossi, Freijo Becchero, 2018). Teniendo en cuenta la periodización de G. Germani (1990) y la lectura realizada según el acceso al sufragio por parte de la ciudadanía (Rossi, 2001) se delimitan en estos años dos periodos: un primer periodo desde 1880 hasta 1916 de características conservadoras, seguido de un período de democracia de participación política ampliada hasta 1930.

La búsqueda de fuentes documentales se nutrió a su vez, del Proyecto de Extensión Universitaria de la Facultad de Psicología (UBA): “El Instituto Frenopático de Buenos Aires: Su historia documental. Construcción de un archivo virtual”, a través del cual se realizó una historización de la institución que permitió la sistematización y preservación de sus documentos. Se seleccionaron para este artículo una serie de documentos relevados: las Historias Clínicas de Mujeres recuperadas entre los años 1881 hasta 1901.

Se planteó como objetivos del presente trabajo: 1) Dar cuenta del diseño de las Historias Clínicas de Mujeres relevadas; 2) Analizar discursivamente la dimensión de cuerpo de la mujer expresada en estas Historias Clínicas, y 3) Aportar a la reflexión sobre dos dimensiones de cuerpo en la mujer: el “cuerpo social” versus el “cuerpo individual” y entre el “cuerpo sensible” versus el “cuerpo orgánico” presentes en el discurso médico de la época.

---

1

[http://www.psi.uba.ar/historia.php?var=institucional/historia/instituciones/instituto\\_frenopatico/index.php](http://www.psi.uba.ar/historia.php?var=institucional/historia/instituciones/instituto_frenopatico/index.php)

### *Fundamentación teórico-metodológica*

Se realizó un análisis del diseño de las historias clínicas relevadas, como fuente de primer orden para la investigación histórica-médica, a fin de ser contrastadas con fuentes primarias como publicaciones periódicas médicas, tesis y libros del campo de la medicina y la psiquiatría que trabajan sobre la particularidad del cuerpo de la mujer en Argentina en el mismo período en el que se relevaron las historias clínicas de mujeres. El presente trabajo aborda el estudio de las historias clínicas, situando al relato patográfico en el marco del pensamiento y la mentalidad médica de la época. Las historias clínicas, entendida como relatos patográficos o expedientes clínicos complejos, se constituyen así como documentos provenientes directamente de la práctica médica y cuyo análisis permite acceder a aspectos funcionales de las instituciones y de la praxis clínica de un determinado contexto social (Laín Entralgo, 1949, 1950).

El discurso de los documentos fue abordado como un espacio que expone las huellas del ejercicio del lenguaje por parte de los sujetos que nos permite dar cuenta de regularidades significativas (Narvaja de Arnoux, 2007). Se busca así indagar sobre las causas y explicaciones singulares sostenidas sobre el cuerpo de la mujer en este contexto histórico; para lo cual se contrastarán los conceptos de cuerpo definidos por la psiquiatría de la época en torno a la mujer y los utilizados en las historias clínicas de mujeres con el fin de identificar las diferentes nociones de cuerpo con las que trabaja la psiquiatría de la época en Argentina. Se pretende identificar nociones específicas en cuanto al género femenino para la definición de cuerpo.

### *Diseño de las Historias Clínicas:*

Bajo el título de “Observaciones” se estructuran los primeros registros de pacientes del Instituto Frenopático de Buenos Aires. Los mismos presentan, en algunos casos un solo número de registro y en otros dos números que responden a dos enumeraciones distintas.

Para el presente trabajo se analizaron 72 registros clínicos de mujeres, con una media de 34,7 años, fechadas entre 1881 y 1901. La estructura de las “Observaciones” cuenta con una serie de ítems preestablecidos en la carátula que incluyen: año, fecha de entrada,

*Instituto Psiquiátrico*  
*Buenos Aires*

Observación N.º 1002  
Año 1898

Fecha de la Entrada: 5 de Buenos Aires.

Nombre i Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Profesion: \_\_\_\_\_ Edad: 22 años

Estado civil: Soltera

Domicilio: La Plata

Fecha i lugar del nacimiento: Magdalena, Salta

Muerte: \_\_\_\_\_

Antecedentes hereditarios del enfermo			
	Padres, Padres, tías i tíos	Hermanos i Hermanas	Hijos
Plama Salta	Abuelo	Plama Salta	Madre
	Abuela		
Plama Salta	Abuelo	Plama Salta	Madre
	Abuela		
			enfermo

nombre y apellido, sexo, profesión, edad, estado civil, domicilio, fecha y lugar de nacimiento, salida, muerte y cuadro de “antecedentes hereditarios del enfermo”. Resulta significativo que el ítem “sexo” no se completan en ningún caso (ni en hombres ni en mujeres). A su vez, el ítem “profesión” se completa en hombres y sólo en un caso de mujer (asignándole la profesión de “rentista”).

En relación al cuadro de “antecedentes hereditarios del enfermo”, incluye la rama paterna y maternas desde los abuelos del enfermo hasta sus hijos. Si bien el registro de antecedentes de enfermedades familiares se despliega al interior de las “Observaciones”, sólo se asignan datos en la portada en pocos casos, aquellos en los cuales resultan particularmente significativos.

El análisis de la estructura interna de estas observaciones nos ha permitido diferenciar 8

La Plata, Buenos Aires 3 de 1898.

Certifico como que asiste a la Señorita \_\_\_\_\_ desde el mes de octubre p.p. de una afección nerviosa que puede ser caracterizada por una forma de histerismo en manifestaciones de lipemania y forma depresiva. Habiendo llegado a un término de padecimiento, que no puede tratarse sino en un establecimiento especial en donde se curan estas enfermedades.

A pedido de la familia y a los fines expresados el presente fecha ut supra.

Luz B. Gorría

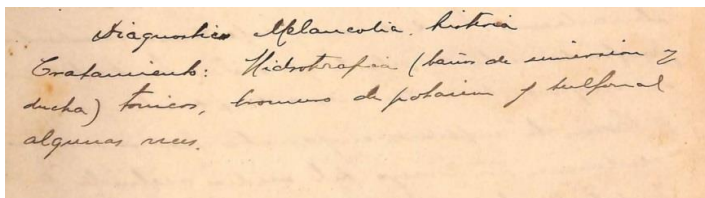
categorías de información: 1) Ingreso: que incluye datos del paciente, su padecimiento, el traslado al establecimiento, el pedido de la familia, la fecha, año y el nombre del médico; 2) Datos generales: como nombre, nacionalidad, edad, tipo de temperamento, constitución,

antecedentes hereditarios, datos suministrados por la familia y, específicamente en el caso de mujeres, su carácter como madre, esposa, en el matrimonio, hijos sanos,

menstruaciones, partos y embarazos; 3) Primer ataque: en donde se describe las características y tiempo de duración; 4) Observaciones intermedias: espacio en el cual pueden o no aparecer otras fechas en las cuales se relevan cómo se ha observado al paciente, mejoras o no; 5) Salida: en donde se asigna el estado del paciente al egreso; 6) Diagnóstico: en donde se asigna el diagnóstico de egreso (el cual no suele coincidir con el diagnóstico asignado en el ingreso (padecimiento)); 7) Tratamiento: en donde se asigna el tratamiento recibido (hidroterapia, baños, bromuro de potasio, inyecciones, etc.); y 8) Reingresos: en algunas oportunidades aparecen reingresos en donde se asigna fecha y razones de ingreso (entendido como un nuevo ataque), salida, diagnóstico y tratamiento.

Resulta importante destacar que la firma del médico (uno o dos) solo aparece en el ingreso. En el resto de cada uno de los documentos analizados aparecen diferentes letras sin asignar ninguna firma (incluso en egreso).

Las estadísticas realizadas, nos han permitido identificar que el estado civil de las pacientes era preponderantemente casadas (45%) y solo el 50% de las mismas eran de



nacionalidad argentina. Los tiempos de internación, en la amplia mayoría de los casos eran de corta duración,

resultando el 75% de los casos internaciones menores a los seis meses y los diagnósticos de egreso más frecuentes la melancolía (31,9%) y la manía (26,4%). En relación al estado de egreso, en la mayoría de los casos presentaban mejorías, resultado en estado de egreso más frecuente “Curada” (41,67%).

#### *Análisis discursivo de la dimensión de cuerpo de las mujeres:*

El análisis discursivo de los documentos seleccionados ha permitido ubicar ciertas huellas para pensar la conceptualización sobre el cuerpo de las mujeres presentes en los mismos. El discurso presente en estos documentos fue abordando entendiendo que el contraste de paradigmas designacionales y de los predicados da cuenta de los signos como el terreno

de la lucha social, en donde el significado de las palabras varía según la posición, el lugar de la enunciación o la formación discursiva de la que dependen (Narvaja de Arnoux, 2007).

En este sentido, se desataca la asignación del nombre de la paciente, siempre en un primer momento asociada a su estado civil, adjudicando “Sra.” o “Srita.” en todas las historias clínicas relevadas. Dentro de los datos generales se describe su temperamento y carácter, incluyendo expresiones como: “*temperamento nervioso*”; “*de carácter raro y caprichosos pero inteligente y laboriosa*”; “*buena constitución*”; “*débil constitución*”; “*de carácter impresionable*”; “*carácter violento*”; “*carácter alegre, jovial, bondadosos*”.

En análisis de los documentos nos ha permitido identificar ciertas figuras discursivas. Por un lado, la figura discursiva “La paciente” presenta una posición principalmente pasiva, asociada a “*padecer*”, “*ser atacada*”. Y en algunas oportunidades también emparentadas a la niñez: “*esta niña*”. Es, principalmente, resultando de agente de predicados de acción ejercidos por otras figuras discursivas: “*su esposo resuelve secuestrarla*”, “*debe ser secuestrada por su seguridad y curación*”, “*su esposo resolvió traerla*”; “*hemos aconsejado (médicos) la inmediata reclusión*”.

En relación a la recolección de información sobre la historia y antecedentes hereditarios de la paciente, predomina en el discurso los saberes de otras figuras discursivas, atribuyéndose a “*la familia*” o “*el esposo*” el lugar de portadores de estos saberes: “*según los datos suministrados por la familia*”, “*según datos suministrados por su esposo*”. No aparecen en estos casos la referencia a datos suministrados por la paciente en primera persona. Es decir, que su palabra no queda registrada en estos documentos.

La presencia discursiva de “La familia” ostenta una preponderancia que sobresale en el material analizado. Su poder de decisión sobre la paciente es determinante, ubicándose en la mayoría de los casos el saber médico como auxiliar: “*la familia que la ha visto en un estado tan satisfactorio ha resuelto sacarla*”; “*la familia resuelve recluirla*”; “*su familia resuelve llevarla a Europa*”; “*la familia la saca creyendo que la vida del campo*”.

*y un tratamiento bien llevado conseguirá su completa curación”; “(..) su alimentación ha sido muy defectuosa (..) hasta el punto de inspirar serios temores a su familia”.*

El trabajo de rastreo de las huellas discursivas nos ha permitido ubicar dos polaridades; por un lado aquellas conductas o rasgos que se ajustan a la norma y, por el otro, aquellas asociadas a la enfermedad mental. Dentro de la norma aparecen las siguientes asociaciones: *“buena esposa”, “tierna madre”, “matrimonio feliz”, “hijos sanos”, “embarazos sanos”, “menstruación normal”*. Asociadas a la enfermedad mental encontramos las siguientes descripciones: *“exagerada”, “ansiedad y desesperación”, “alimentación insuficiente”, “negarse a comer”, “estar delirante y agitada”, “cambios de carácter”, “estar triste y pensativa”, “insomnio”, “anorexia”*.

También se presentan dos polaridades en relación a la internación. Por un lado los rasgos asociados a impulsar la internación, como son: *“cambios de carácter”; “estar rara”; “caprichosa”; “indiferente”; “canta, ríe y llora alternadamente”; “rompe sus vestidos”; “(..) rarezas que le alejaban mucho del tipo normal”*. Y en su contraparte, ubicamos los rasgos asociados a la mejoría: *“la desaparición de ideas delirantes”; “calmarse poco a poco”; “alimentación y sueños normales”; “poco a poco se fue tranquilizando”; “la vemos contenta”; “calmándose poco a poco”; “alimentación y sueños normales”*.

El análisis estructural y discursivo de estos documentos nos permite construir un modelo de mujer en donde un sujeto pasivo se constituye como ideal. En donde la maternidad, el cuidado de los hijos y la atención del hogar aparecen como rasgos de salud física y mental. De la misma manera que, aquellos rasgos que se alejan de este modelo ideal se constituyen como patológicos, son casuales de preocupación para la familia y de internación.

*El cuerpo del discurso médico:*

El cuerpo como objeto de reflexión dentro de la problemática del género y la historia de las mujeres presenta una larga trayectoria (Gil Lozano, Pita, Ini; 2000). En el abordaje

del cuerpo realizado, este es entendido como un lugar social e históricamente situado a través del cual se construyen y establecen modelos, disputas sociales, formas de tratamiento, etc. De esta manera, recaen sobre estos cuerpos interpretaciones y valores de la sociedad y dan lugar a clasificaciones que jerarquizan a las personas, asignándoles poder a unas y quitándoselo a otras. El cuerpo femenino puede ser así analizado como un terreno sobre el que se construye la arquitectura social (Gil Lozano, Pita, Ini; 2000).

Durante los siglos XIX y XX, la medicina llegó a construir una concepción particular sobre las mujeres: se dedicó a describir el cuerpo femenino estableciendo cuales eran las anatomías “adecuadas” y cuales las anomalías, como así también los elementos considerados imprescindibles para distinguir hombre y mujer. Estas descripciones se hicieron públicas y quedaron plasmadas en manuales educativos, políticas oficiales, libros informativos generales, exposiciones de prensa, etc. La anatomía y la fisiología eran una garantía de verdad que legitimaba el saber médico y aseguraba la objetividad. Con estos instrumentos el discurso médico aportó interpretaciones hegemónicas sobre la concepción del cuerpo femenino, quedando legitimada una construcción dicotómica de los géneros. El cuerpo masculino es entendido “como modelo y objetivo”, quedando el cuerpo femenino por fuera de la norma. Esta concepción dicotómica de los cuerpos coincide con la patologización de la biología femenina, en tanto las particularidades de la anatomía femenina era consideradas “anomalías” y se suponían que acarrearían trastornos corporales y psíquicos de todo tipo. Quedando así establecida una correlación entre la locura y los desórdenes del aparato genital (Ben, 2000).

Enmarcado en una larga tradición de argumentación evolutiva, el saber médico explicaba la necesidad de la oposición entre los sexos y la especificidad del cuerpo femenino. Esta interpretación binaria del cuerpo decanta en la maternidad como el comportamiento adecuado para la mujer. La maternidad era considerada la tarea adecuada para la psiquis de la mujer, cuyo cerebro supuestamente menor que el de los varones (menos pesado y vascular), daría cuenta de ciertas características: sensibilidad extrema, imaginación muy viva, atención y reflexión constante y menos profunda, juicio más pronto y no guiado por la razón. En la mujer las facultades afectivas, el amor y la abnegación estaban más desarrolladas; en detrimento de las facultades morales y la ambición (Ingenieros, 1910).



Lo femenino quedó asociado a ciertas características corporales, como la presencia de la vagina y los caracteres sexuales secundarios; como así también a ciertos comportamientos considerados correctos para las mujeres. No circunscribiéndose el saber médico solamente a los procesos biológicos, sino también adentrándose en los aspectos comportamentales. La maternidad, el trabajo, la vestimenta y la higiene serán algunos de los aspectos más relevantes que abordará (Ben, 2000).

Por otro lado, el análisis de fuentes como publicaciones periódicas médicas, tesis y libros del campo de la medicina y la psiquiatría en Argentina hemos podido identificar ciertas conceptualizaciones sobre el cuerpo de la mujer presentes en el discurso médico de la época (Ingenieros 1903, 1910; Mailhe, 2016). La psiquiatría identifica nociones diferentes en cuanto a género masculino y femenino para la definición de cuerpo. La maternidad y el cuidado del hogar se presenta como la *“ley natural”* para la mujer (Otero, 1915). Rechazar el embarazo y la crianza era una conducta *“incomprensible y veleidosa, mezcla de enigma y de quimera, sin más razón aparente que su propio sinrazón”* (Ingenieros, 1910) y la aspiración maternal se constituía, así como *“la base misma de la vida femenina”* (Ingenieros, 1910).

De esta manera, la diferencia anatómica de la mujer estructura su función (reproducción y crianza) y su espacio (el hogar). En contraposición el cuerpo masculino es entendido *“como modelo y objetivo”*, quedando delimitado el cuerpo de la mujer en fuera de la norma (Gil Lozada, Pita, Ini, 2000). Las bases de este modelo de naturaleza femenina se fundan en argumentos religiosos, políticos, filosóficos y científicos, siendo la tesis central del argumento científico sostener la desigualdad biológica de la mujer y su disposición natural a la sensibilidad, la maternidad y el sufrimiento (Araya Ibacache, 2006).

Si la maternidad era un corolario del cuerpo, las mujeres que se resistían a esta función caían automáticamente en el terreno de la patología, ya que se entendía que renunciaban a sus deberes naturales.

En un contexto de importante aumento poblacional producto de la afluencia inmigratoria, los discursos y las prácticas sobre la locura se fueron complejizando. Las teorías psiquiátricas ponderaban la fuerza de la herencia patológica, la debilidad de las razas inferiores y la importancia de los aspectos morales en la producción de la locura (Melendez, 1884).

Entre 1880 y 1910 las locuras femeninas resultaron uno de los temas más trabajados en la literatura médica dando cuenta de un creciente interés en la temática. La debilidad física y moral, la poca inteligencia y la extrema sensualidad eran los rasgos de la constitución femenina en los que más coincidían los especialistas, al mismo tiempo que eran interpretados como peligrosos y que requerían ser regulados a través de la vigilancia y la profilaxis. La histeria resultaba el diagnóstico en el cual se encuadraba a la mayoría de las mujeres, aunque no padecieran ataques. La histeria representaba una serie de aberraciones mentales y afectivas que incluían: la excentricidad, la hipocresía, la mentira, el cinismo y la seducción. La psiquiatría de la época aporta de esta manera una estructura terapéutica e institucional y un saber planteado como científico y objetivo que recae sobre el dominio y el control de los cuerpos de las mujeres. De esta manera y bajo la intención de proteger a la nación y sus futuros ciudadanos, se planteó como objetivo del saber psiquiátrico comprender y domesticar la “naturaleza de las mujeres”. (Pita, 2000).

Bajo la utilización de teorías biológicas, se legitima así una relación entre el cuerpo y la cultura científica que sostiene una determinada idea de orden, controlando y moldeando aquello que se aparta de ese ideal. Esta idea de orden determina las tareas productivas y reproductivas asignadas a los cuerpos (individuales y colectivos) de acuerdo a su género, combinando aspectos biológicos y morales (los cuales incluyen roles familiares, sociales y laborales). Se ubicaba como horizonte la salud física y moral del cuerpo social, entendiendo que el bienestar de la nación era una consecuencia directa de la salud física y moral del cuerpo social. Sobre el “cuerpo normal” del hombre y de la mujer se construyen los estereotipos de ambos géneros; expresando en sí un ideal colectivo que al ser internalizado por el ciudadano deja la huella de un determinado discurso de poder. Aquello que se aleja de ese ideal caen bajo el orden de lo anormal, amoral, criminal, es decir, patológico (Vallejos, Miranda, 2007).

### *El cuerpo en el discurso legal:*

Encontramos una continuidad entre el discurso médico y legal de la época, en tanto desde la medicina se legitima “algo endeble en las mujeres” y desde el derecho se plantea la necesidad de vigilarlas con un fin preventivo. El cuerpo es mirado, cuestionado, analizado. Tomando los aportes de Michel Foucault (1979), podemos abordar el discurso legal como la base de las prácticas judiciales en donde se definen tipos de subjetividad, formas de saber y relaciones entre los individuos y la verdad. Entendiendo así que “*El derecho trasmite y funcionaliza relaciones de dominación*” (Foucault, 1979). El cuerpo de las mujeres se constituye así como un espacio sobre el que recaen las normas y los valores sociales de la época, a través de las prácticas de la ley que las enmarcan. La normativa vigente en Argentina durante el período relevado (1881 y 1901) incluye la Ley de Matrimonio Civil que se incorpora al código en 1882; en cuyo artículo 55 declaraba la incapacidad relativa de la mujer casada y en el artículo 57, inciso 4, quedaba bajo representación necesaria del marido.

De esta manera las mujeres casadas no podían ser sujetos de contrato sin licencia del esposo, lo que le permitía al mismo decidir sobre los trabajos, las profesiones y la administración de los bienes (Art. 1277, inciso 2). Queda así legalizada una autoridad principalmente paterna y la inhabilitación civil y política de las mujeres. El Código de Dalmacio Vélez Sarfield agravó la inferioridad femenina, al incorporar a la legislación el discurso dominante fundado en la diferenciación biológica entre el hombre y la mujer. De manera que la certeza sobre la inferioridad biológica de las mujeres determinó la necesidad de sujetarlas jurídicamente al poder de sus maridos (Gil Lozano, Pita, Ini; 2000). El comportamiento social y moral de las mujeres aparece controlado, modelado y disciplinado (Torrado, 2003). Los cuerpos de las mujeres resultan de interés para la ley ya que ellos son el sitio de la reproducción biológica y, por ente, de dilemas legales (herencia, ilegitimidad, adulterio, etc.) (Gil Lozada, Pita, Ini, 2000).

Resulta importante resaltar en este sentido que el encierro de las mujeres puede ser interpretado como una práctica, política y disciplinaria, que organiza en el nivel social la diferencia sexual. Los comportamientos socialmente aceptados para las mujeres se estructuran en torno a la obediencia, la sumisión infantil, la educación moral, la bondad,

la sexualidad pasiva, etc. El encierro se presenta con fines de “protección” o “estudio”, como una práctica destinada al control social y a la reproducción de una determinada identidad de género. El eje del control se funda en el dominio del cuerpo y en la aplicación de políticas vinculadas a la sexualidad y la reproducción (Gil Lozada, Pita, Ini, 2000).

En este sentido, el encierro femenino no presenta diferencias en relación a la clase social, en donde la inferioridad jurídica de la mujer implica una restricción de sus derechos civiles y favorece la constitución del hogar como una cárcel (Gil Lozada, Pita, Ini, 2000). La mujer queda relegada a un estado de minoridad (Barrando, 2000):

*La incapacidad civil de la mujer responde a la necesidad de una dirección única de la familia, de una cabeza dirigente y de un jefe que gobierna; no la concebimos todavía como una asociada con igualdad de acción en los asuntos de familia, ni en los de la vida civil, pero la instrucción y preparación que recibe, su juicio y reflexión madurarán con el andar del tiempo (...) y no está lejano el día en que se asociada del hombre con iguales derechos<sup>2</sup>.*

Para el discurso de la justicia, la maternidad es un hecho biológico y natural de las mujeres. Apoyado en esta posibilidad biológica se instaura un deber ser, una norma cuya finalidad es el control tanto de la sexualidad como de la fecundidad de las mujeres. No se trata de una legalidad explícita sino de un conjunto de estrategias y prácticas discursivas que al definir la feminidad, la construyen y la limitan. Desapareciendo la mujer tras su función materna, que se estructura como su ideal (Tuber, 1996). El hijo y el vientre pertenece a la sociedad, a costa de condenar la libertad de las mujeres a disponer de sus cuerpos (Ini, 2000).

#### *Palabras finales:*

El trabajo presentado aborda un primer nivel de análisis del corpus de documentos relevados. El mismo se encuentra en proceso de ser completado con el relevamiento de historias clínicas de esta institución hasta 1930. Queda esbozado para futuras

---

<sup>2</sup> Machado, O. J. (1898). Exposición y comentario del código civil argentino, tomo I, p 360.

investigaciones el entrecruzamiento del análisis discursivo realizado con otras fuentes de diferente naturaleza, con el objetivo de alcanzar conclusiones sobre las concepciones sobre el cuerpo de las mujeres presentes en dos tipos de discursos: el discurso médico y el discurso social. El interés de abordar ambos escenarios radica en la intención de corroborar si el discurso médico, de especial interés para el campo de la psicología, se encuentra también presente en el discurso social de la época.

De esta manera, se plantea la apertura a un debate que invita a la reflexión sobre el cuerpo de las mujeres y su relación con el saber médico. ¿Qué discursos emergen sobre los roles de estos cuerpos?; ¿nos hablan de cuerpos controlados, moldeados, disciplinados con el fin de sostener una determinada idea de orden?; ¿se impone el cuerpo social sobre el cuerpo individual?; ¿es el rol productivo y reproductivo el que se destaca?; ¿se expresa sobre estos cuerpos un ideal colectivo?.

Finalmente, cabe destacar que la profundización y reflexión de estudios sobre estas conceptualizaciones encuentra su fundamento en las profundas movilizaciones y debates en Argentina sobre el cuerpo de las mujeres acontecidos en los últimos años (despenalización del aborto, subrogación de vientre, inseminación artificial, filiación etc.).

#### *Bibliografía:*

- Araya Ibacache, C. (2006). La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el Siglo XIX. Instituto de Historia Pontificia Universidad Católica de Chile. *HISTORIA. I* (39), 5-22.
- Barranco, D. (2000). Inferioridad jurídica y encierro doméstico. En Gil Lozano, Pita, Ini. *Historia de las Mujeres en la Argentina. Colonia y XIX*. Buenos Aires: Taurus
- Ben, P. (2000). Cuerpos femeninos y cuerpos abyectos. La construcción anatómica de la feminidad en la medicina argentina. En *Gil Lozano, F.; Pita, V.; Ini, M. (2000). Historia de las Mujeres en la Argentina. Colonia y XIX*. Buenos Aires: Taurus.

- Di Liscia, M. (2003). Mujeres, locura e incapacidad civil en Argentina, 1890-1920. *La aljada, Segunda época. VIII.*
- Foucault, M. (1979). Microfísica del poder. Madrid: Ediciones de La Piqueta.
- Germani, G. (1990). Hacia una democracia de masas. En Kogan, H., y Sanguinetti (comp.), *Introducción al conocimiento de la Sociedad y el Estado*. Buenos Aires: Eudeba.
- Gil Lozano, F.; Pita, V.; Ini, M. (2000). Historia de las Mujeres en la Argentina. Colonia y XIX. Buenos Aires: Taurus.
- Ingenieros, J. (1903). Simulación de la locura. Buenos Aires: Talleres gráficos argentinos
- Ingenieros, J. (1910). Patología de las funciones psicosexuales. Nueva clasificación genética. *Archivos de Psiquiatría, criminología y ciencias afines*. 9:3-80
- Ingenieros, J. (1910). La nueva historia. *Archivos de Psiquiatría y Criminología. Aplicadas a las ciencias afines*. 9: 620-624. II. Buenos Aires: Mar Oceana.
- Ini, M. G. (2000). Infanticidios. Construcción de la verdad y control de género en el discurso judicial. En Gil Lozano, F.; Pita, V.; Ini, M. (2000). *Historia de las Mujeres en la Argentina. Colonia y XIX*. Buenos Aires: Taurus.
- Laín Entralgo, P. (1949). La historia clínica hipocrática. *Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina*, 1: 9-48.
- Laín Entralgo, P. (1950). La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico. Madrid: Diana Artes Gráficas.
- Machado, O. J. (1898). Exposición y comentario del código civil argentino, tomo I, p 360.
- Mailhe, A. (2016). Archivo de Psiquiatría y Criminología 1902-1913. Concepciones de la alteridad social y del sujeto femenino. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Biblioteca Orbistertius.

Melendez, L. (1884). Los locos de Capital. *Revista Médico Quirúrgica*, Año XXI, N°7, p 103.

Narvaja de Arnoux, E. (2007). *Análisis del discurso. Modos de abordar materiales de archivo*. Buenos Aires: Santiago Argos Editor.

Pita, V. (2000). Damas, locas y médicos. La locura expropiada. *En Gil Lozano, F.; Pita, V.; Ini, M. (2000). Historia de las Mujeres en la Argentina. Colonia y XIX*. Buenos Aires: Taurus.

Rossi, L. (2001). Instituciones de psicología aplicada según períodos políticos y cambios demográficos en Argentina. Vestigios de Profesionalización. *En L. Rossi (Ed), Psicología: su inscripción universitaria como profesión*. Buenos Aires: Eudeba.

Rossi, L.; Freijo Becchero, F. (2018). Género y psicología: un análisis discursivo sobre las conceptualizaciones en torno a la mujer entre 1880-1930. *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*. Buenos Aires: Fundación AIGLÉ.

Tuber, S. (1996). Introducción. *En Tuber, S. (comp). Figuras de la madre*. Madrid: Cátedra.

Torrado, S. (2003). *Historia de la familia en la argentina moderna (1870-2000)*. Buenos Aires: Ediciones La Flor.

Vallejos, G.; Miranda, M. (comp.) (2007). *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Buenos Aires: Siglo XXI.

#### *Referencias Digitales:*

Archivo Histórico Virtual de la Facultad de Psicología (UBA):  
[http://www.psi.uba.ar/historia.php?var=institucional/historia/instituciones/instituto\\_frenopatico/index.php](http://www.psi.uba.ar/historia.php?var=institucional/historia/instituciones/instituto_frenopatico/index.php)