



Mujeres, migrantes y “locas”. Trayectorias de internación psiquiátrica entre 1895 y 1940 en Argentina

Anahi Sy

Instituto de Salud Colectiva.
Universidad Nacional de Lanús (UNLa)
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)
Buenos Aires, Argentina

anahisy@gmail.com

Este trabajo tiene como objetivo analizar y describir la relación que se establece entre inmigración y “alienación mental” desde fines del siglo XIX y durante la primera mitad del XX en Argentina, con el propósito de comprender los procesos de internación de mujeres migrantes, cuyo número se incrementa durante el periodo analizado. Para ello, se parte del análisis cuali-cuantitativo de historias clínicas de mujeres internadas en el “Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora”, entre 1895 y 1940, hasta su fallecimiento. Estos datos son contextualizados e interpretados a la luz de los procesos socio-políticos, demográficos y económicos por los que atraviesa el país, los cuales, al mismo tiempo, permean la producción de conocimientos, discursos y prácticas médicas, criminológicas y jurídicas. Por último, una perspectiva de género permitirá visibilizar procedimientos y decisiones médicas fundadas en estereotipos establecidos para la época, antes que en el “conocimiento científico”. Al respecto, se observa que las relaciones que se establecen entre procesos migratorios y “alienación mental” adquieren características singulares para las mujeres migrantes; cierta moralidad orienta las decisiones y procedimientos médicos que tienden a eliminar o anular la legitimidad de voz de las mujeres ante lo considerado peligroso o amenaza del orden social.

Palabras claves: salud mental, género, historias clínicas, historia de la psiquiatría

This work aims to analyse and describe the relationship between immigration and "mental alienation" since the end of the 19th century and the first half of the 20th century in Argentina. The purpose is to understand the confinement processes of migrant women, whose number increases during the analysed period. A qualitative-quantitative analysis was applied to clinical records of women confined and died between 1895 and 1940 in “Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora” mental hospital. These data are interpreted in the context of the socio-political, demographic and economic processes that the country is going through, which, at the same time, permeate the production of discourses and practices from medical, criminological and legal knowledge. To conclude, a gender perspective enables the visualization of medical procedures and decisions based on established stereotypes for the era rather than on "scientific knowledge". In this regard, the relationships established between migratory processes and "mental alienation" acquire distinctive characteristics for migrant women: certain morality guides medical decisions and procedures that tend to eliminate or cancel the legitimacy of women's voices in the face of considered dangerous or threat of social order.

Keywords: mental health, gender, clinical record, history of psychiatry

Introducción

Nuestro trabajo parte de un acervo documental de 4058 historias clínicas (HC) proveniente del Hospital Psiquiátrico de mujeres “José A. Esteves” de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), correspondiente al periodo 1895-1987. Se trata de HC de mujeres que fueron internadas y fallecieron en la institución. Del total de mujeres fallecidas (4058), casi la mitad eran inmigrantes (1912) -la gran mayoría europeas, en particular españolas e italianas.

Al analizar los datos de dichos ingresos resulta llamativo el elevado número de migrantes que se interna durante las primeras cuatro décadas analizadas; es, en este sentido que, en este artículo colocamos el foco en el periodo que va de 1895 a 1940.

Si nos remitimos a los datos poblacionales para la época, advertimos que la Argentina entre 1869 y 1895 llega a duplicar la proporción de población migrante respecto de la nativa, pasando de un 12% a un 25% (datos del segundo censo de la República Argentina). Ese crecimiento de la población continúa en aumento hasta 1914 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 1973), con grandes masas migratorias de ultramar que, en 1914, llegan a representar un 27% de la población argentina.

Mientras Europa sufría una crisis de “exceso de mano de obra”, desabastecimiento e inestabilidad política, Argentina se posicionaba a nivel mundial como agroexportador y proveedor de materias primas (Pacceca & Curtis, 2008). Además, las políticas públicas del Estado argentino influyeron en estos procesos mediante propaganda y subsidio de pasajes -en su mayoría tomados por españoles (Devoto, 2009).

La élite de fines del siglo XIX y principios del siglo XX consideró que la inmigración sería promotora del desarrollo económico y social, a través de una vía productiva mediante el incremento de producción agrícola y ganadera y vía “gestación de una masa de población, con hábitos de disciplina y trabajo” (Pacceca & Curtis, 2008: 9). Estos intereses se plasmaron en la Constitución Nacional de 1853 y en la Ley N° 817 de Inmigración y Colonización 1876.

Sumada a la enorme afluencia de población, la consolidación de latifundios, impulsa una creciente urbanización que trae aparejadas discusiones acerca de las costumbres, el ideal de vida y la prostitución; estos temas se convertirán en objeto científico, con cierto afán de eugenesia social (Devoto, 2009). Así, el proyecto psiquiátrico de la primera mitad del siglo XX se orientará a fortalecer “la salud de La Nación”.

El psiquiatra argentino H. Vezzetti muestra cómo la población de los hospicios crece, conforme aumenta la curva demográfica, por el ingreso de inmigrantes (Vezzetti, 1985). Este autor cita un estudio de sus colegas Meléndez y Coni donde se afirma que:

“Los manicomios se llenan de inmigrantes: las dos terceras partes de los varones internados son extranjeros y de ellos la mitad son italianos; entre las mujeres más de la mitad son argentinas y de las extranjeras la mitad sigue correspondiendo a las italianas” (Vezzetti, 1985: 47).

En esta investigación, partimos del análisis de HC de mujeres internadas en el Hospital Nacional de Alienadas, entre 1895 y 1940 que, a partir de 1908, con la creación del “Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora” son derivadas allí. Dicho asilo, se encuentra situado en Temperley, Provincia de Buenos Aires, Argentina y es hacia 1976 que adquiere su designación actual: Hospital Interzonal “José A. Esteves”.

Un aspecto clave para la época fue la relación entre inmigración e insania, que se convirtió en uno de los principales temas sociales del discurso psiquiátrico argentino, adentrada la década de 1940. La inmigración no regulada estaba íntimamente vinculada a un problema mayor, la modernidad: urbanización, intensificación de la economía de mercado, cambio en los roles femeninos, lo que operó como explicación de la creciente incidencia no solo de la insania, sino también del retraso mental, el abuso de alcohol, crimen, prostitución y la “desviación sexual”, tanto en hombres como en mujeres.

Para muchos psiquiatras el inmigrante era considerado como un individuo propenso a sufrir desórdenes mentales, ya sea por un ambiente desestabilizador o, simplemente, porque los europeos más defectuosos eran los que elegían irse. El problema de la inmigración estaba unido a la degeneración, la locura el crimen e incluso la inestabilidad política (Ciafardo & Espesir, 1992). Se señala además que ello se agrava durante los años veinte, en parte por la inmigración europea de posguerra (Stepan, 1991).

Este contexto permite comprender, considerando las concepciones de salud/enfermedad mental para la época, que resulta más probable la patologización de aquello que se sanciona moralmente, catalogado como lo peligroso y la perversión (al respecto ver Foucault, 2000).

Marco teórico-metodológico

En este trabajo colocamos el foco en el periodo que va de 1895 a 1940, durante el cual la mayor parte de las internaciones corresponden a mujeres migrantes. Inicialmente, exponemos los resultados de un análisis cuantitativo preliminar de la base de datos de HC, contextualizados con los datos del segundo censo nacional de población (año 1895) y otros datos poblacionales disponibles en publicaciones científicas, así como políticas y disposiciones vinculadas a la población migrante y a la salud mental, disponibles para la época.

Ello nos permite caracterizar la composición de la población, en relación a la salud/enfermedad mental, en el marco de la legislación, políticas y saberes expertos que circulan para la época, y que habilitan ciertas miradas y prácticas de atención a la salud/enfermedad mental, en particular.

A continuación, presentamos los recorridos de internación de dos mujeres cuyas experiencias funcionan como caso ejemplo de muchas otras HC analizadas para el periodo. Su análisis permite visualizar el modo en que cierto contexto socio-histórico, político y económico se expresa en la experiencia de vida singular, en este caso, de mujeres que han transitado la mayor parte de su vida adulta, hospitalizadas hasta su fallecimiento.

La selección de los casos se realizó a partir de la lectura y análisis cualitativo preliminar de 191 HC, lo que corresponde a un 10% del total de HC disponibles para el periodo (1912). Dicho análisis condujo a la elaboración inductiva de categorías de análisis, conjeturas e hipótesis, con las cuales trabajamos los casos seleccionados.

Cabe señalar que conforme al dictamen N° 149/07 de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, accedimos al material asumiendo la responsabilidad de respetar la confidencialidad referida a la identidad de las personas mencionadas en las HC; en ese sentido los nombres que utilizamos son ficticios.

El análisis también contempla otras dimensiones relevantes vinculadas al contexto socio-histórico, político y económico que, necesariamente, tendrá impacto en las instituciones y modelos de atención a la salud mental para la época. Debemos advertir que, los asilos de alienadas en general y el de Lomas en particular representaban espacios reservados a “la locura” en general; sin embargo, se confinó mayormente a mujeres, migrantes, pobres (si analizamos su composición poblacional, origen y ocupación).

Entonces, notamos que el género, así como su condición de migrante y situación socioeconómica son dimensiones relevantes a considerar, al indagar sobre la experiencia de internación de estas mujeres. Cuando referimos a género, lo hacemos en tanto construcción histórico social, que se reproduce a través del tiempo de distintas maneras y construye significados y subordinaciones que prevalecen en la religión, en los criterios médicos, científicos y en los dispositivos jurídicos, permitiendo visibilizar el carácter social y no biológico de los atributos de la masculinidad y la feminidad, que toda sociedad elabora a partir de las diferencias de sexo, habilitando la reflexión sobre la forma en que tales diferencias se han constituido históricamente en desigualdad, en contextos socioculturales donde rigen valores patriarcales (Scott, 1993).

Todo ello, sin perder de vista que dicha categoría no debe invisibilizar en el análisis, dimensiones como raza, religión y clase social. Así, la categoría de género aparece entrecruzada con otros aspectos que intervienen en la construcción de la subjetividad humana (Burin & Meler, 2010).

Resultados y Discusión

1. Migración y “alienación mental”: pobres, locos, migrantes.

Un primer análisis cuantitativo de las HC para el periodo que va de 1895 y 1940 nos permite ver que ingresan 1711 mujeres y más de la mitad, esto es 952, son de nacionalidad extranjera, mientras que 739 argentinas (en 20 casos quien escribe la HC no consigna la nacionalidad). Estos valores se invierten al avanzar, de 1940 hacia 1980. Tales datos se corresponden con la afluencia migratoria para la Argentina.

Si nos remitimos a los datos del Segundo Censo de la República Argentina, realizado en 1895, encontramos que desde el primer censo de la Argentina de 1869 a la fecha del segundo censo 1895, es decir a lo largo de 26 años, la población de argentinos casi alcanza a duplicarse, mientras que la población extranjera se quintuplica (Tabla 1). Particularmente, en 1895 el número de población extranjera en la Argentina en bruto, representa casi un tercio de su población total.

Año	Argentinos	Extranjeros	Proporción por mil de extranjeros en el total de habitantes
1869	1526734	210292	121
1895	2950384	1004527	254

Tabla 1: Población argentina y extranjera y proporción por mil de extranjeros sobre el total de habitantes según datos del segundo Censo de la República Argentina (1895)

Fuente: Segundo Censo de la República Argentina (1895)

Según los datos de HC analizados, vemos que hacia 1914 recién comienza a aparecer un número significativo de ingresos de población extranjera, respecto de años previos (Figura 1).

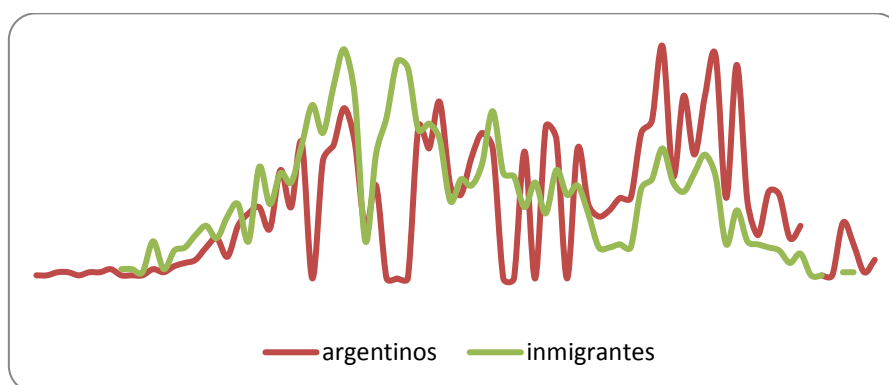


Figura 1: Registro ingresos población inmigrante y argentinos para el periodo 1895-1987, en archivo de HC del Hospital Esteves

Fuente: Archivo HC para el periodo 1895-1987

En ambos censos (1869 y 1895) se toman datos de la población considerada “según sus defectos físicos y psíquicos”, tal como queda expresado en la publicación del censo.

Inicialmente, los datos censales muestran enfermos en cama, luego población sordomuda, sigue “idiotismo” y, por último, aparecen los datos para “alienados” (Tabla 2).

Nacionalidad y Sexo	Número absoluto de alienados	Proporción por 100000 hab.
Argentinos		
Varones	833	57
Mujeres	878	58
Extranjeros		
Varones	587	92
Mujeres	349	94
Argentinos varones y mujeres	1711	58
Extranjeros varones y mujeres	936	93
Varones argentinos y extranjeros	1420	68
Mujeres argentinas y extranjeras	1227	65
Total General	2647	67

Tabla 2. Numero de “alienados” registrados para la argentina según el censo de 1895 y su proporción cada 100.000 habitantes

Fuente: Segundo Censo de la República Argentina (1895)

En los datos se observa que la “población alienada” extranjera representa casi la mitad de la “población alienada” argentina en números absolutos; sin embargo, en términos de proporción, cada 100.000 habitantes, vemos que los extranjeros casi alcanzan a duplicar a los argentinos. Al respecto, la interpretación que se hace en el censo señala:

“Quizá tenga en esto una parte importante el alcoholismo mucho más desarrollado en la población extranjera que en la argentina y también la mayor preocupación en la lucha por la vida que lo afecta más intensamente que al nativo” (Censo de la República Argentina, 1895: 189).

Al analizar la distribución por provincias se observa una fuerte proporción en la capital, comprensible por el hecho que es el único lugar donde hay establecimientos destinados al tratamiento de estas personas.

En su libro *La locura en la Argentina* José Ingenieros señala que, en 1880, los doctores Lucio Meléndez y Emilio R. Coni calcularon que en la Argentina existían 4.5 alienados por mil habitantes y hacían notar que el mayor coeficiente conocido en Europa era de 3.5, por mil correspondiente a Inglaterra (Ingenieros, 1957). Además, señala que hacia 1869 había más alienadas (1.54 por mil) que alienados (1.37 por mil) y destaca que la población de alienados por nacionalidades ha sido y es proporcional a la población adulta.

Ingenieros destaca que, a partir de 1870, los cálculos por provincia son difíciles ya que se establece “la costumbre de enviar sus alienados más incómodos a los asilos de Buenos Aires; la nacionalización de los hospicios y colonias de alienados ha regularizado esa situación” (Ingenieros, 1957: 101). Otra cuestión que señala es que la inmigración, creciente desde 1870 a 1910, es un factor de aumento en el índice de alienación, pues la mayoría de los inmigrantes son adultos. En cambio, el crecimiento vegetativo de la población argentina, muestra que el número de menores ha aumentado proporcionalmente más que el de adultos en los últimos años.

Ya, desde las últimas décadas del siglo XIX, el médico Lucio Meléndez había categorizado al “loco inmigrante” al que enlazaba fuertemente con la categoría de “loco miserable” (Vezzetti, 1985) relacionando muy estrechamente locura y pobreza. En esos años, se elaboraron minuciosos subtipos como “melancolías apáticas con ideas religiosas” que “afectaban” a los irlandeses, la “locura sifilítica” típico diagnóstico de franceses, y abundantes casos de melancolía entre los españoles (Marquiegui, 2010).

Si analizamos los datos del Hospital Esteves observamos que los picos de ingresos se inician en 1914, aunque son especialmente pronunciados en los años 1932 y 1938. Dovio¹ (2014) analiza los proyectos legales sobre “peligrosidad” que fueron presentados en el congreso de la nación argentina, entre 1924 y 1928. Al respecto, señala que, para la época, aquellos individuos que significaran un peligro para el ordenamiento urbano de este ideal tipo de ciudad “corporativa” debían ser expulsados o regenerados, según fuera el caso. Cobró gran importancia la noción de peligrosidad, ya que, entre otros, designó a quienes podían virtualmente atacar el régimen establecido. Además, fue vinculada en este período a la doctrina de la defensa social “entendida como el derecho de la sociedad de defenderse de todo individuo o grupo que atentara o pudiera dañar potencialmente al cuerpo social” (Dovio, 2014: 97).

Es, en este contexto, cuando emerge como propuesta de defensa social crear una red de instituciones para los individuos considerados peligrosos; de allí que se planeara crear asilos para vagabundos, alcohólicos y colonias agrícolas para niños abandonados. Todas ellas eran consideradas conductas pre delictivas, lo que supone debían recibir algún tipo de tratamiento estatal por falta de adaptación social. “Se buscaba realizar una defensa social preventiva respecto de la futura delincuencia” (Dovio, 2014: 97). Además, se buscó adecuar la legislación penal a tales objetivos de control de la peligrosidad.

La peligrosidad también designó a individuos que se encontraban en condiciones sociales y económicas desfavorables; en este período se habían multiplicado, en Buenos Aires, “villas miserias”, donde los individuos vivían sin servicios (cloacas, luz, gas), descriptas como focos de los peligros más diversos y como parte de un proceso de migraciones internas. Apareció una fuerte relación construida entre peligrosidad y pobreza material.

El Instituto de Criminología mantuvo comunicaciones regulares con otros Institutos de Medicina Legal reconocidos en Europa. Estas dependencias aparecieron con la función de realizar detallados diagnósticos clínicos criminológicos, en articulación con el campo

1 Esta Abogada y Dra. en Ciencias Sociales argentina, con “Peligrosidad” refiere a “aquellos comportamientos que aparecieron como potencialmente dañinos para la sociedad sin ser delitos en sentido estricto” (p. 95). Ser peligroso implicaba mostrar rasgos de comportamiento antisocial debido a la condición psíquica o hábitos adquiridos, es decir, designó los casos de individuos posiblemente dañinos por su manera de ser (Dovio, 2014:96). Ella analiza el articulado de estos proyectos de ley, así como sus críticas y estudios sobre los mismos, que fueron publicados en la Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal entre 1927 y 1934. Dicha revista, representativa de la corriente del positivismo criminológico -que recibe importantes críticas luego de la segunda guerra mundial-, sin embargo, en el ámbito penal y penitenciario siguió teniendo una activa influencia, por ejemplo, en la confección de los modelos de historias clínicas criminológicas y fallos judiciales. Durante este período en Buenos Aires se habían multiplicado las “villas miseria”, espacios donde los individuos vivían precariamente sin servicios (cloacas, luz, gas), descriptos como focos de los peligros más diversos y como parte de un proceso de migraciones internas, desde otras ciudades, buscando trabajos en el sector industrial y terciario. Apareció una fuerte relación construida entre peligrosidad y pobreza material.

médico, judicial y penitenciario. Sus historias clínicas (elaboradas bajo el modelo psicopatológico o más tarde interdisciplinario) sirvieron de insumo a jueces y agentes penitenciarios para tomar decisiones sobre la vida de detenidos en prisión. Las clasificaciones sobre peligrosidad, elaboradas a partir de los diagnósticos particulares, se presentaron como una novedad y como útiles para la proyección de una red de instituciones para distintas “peligrosidades sociales” en casos de semialienación, alcoholismo o “parasitismo social” (entendiendo por tal “vagancia crónica”).

Es en este periodo cuando, también, se busca controlar y medicalizar la sexualidad – concebida como par indisociable de la reproducción, desde el eugenismo argentino - lo que da lugar al establecimiento de sexualidades autorizadas y prohibidas o desviadas, estos es, “anormales”.

La prostitución es puesta en discusión ante la proliferación de enfermedades venéreas. En 1921, se funda la “Liga Argentina de Profilaxis social” (ver Miranda, 2012) cuya conferencia inaugural lleva el título: “Por la Salud y el Vigor de la raza”. Hacia 1931 la liga instala el primer consultorio pre-nupcial para aspirantes que solicitan sus servicios, siendo que entre todos los consultantes solo el 3% resulta “apto” para el matrimonio. A partir de ese momento, las discusiones circulan entre discursos prohibicionistas, que proponen su criminalización o estableciendo medidas de profilaxis en los prostíbulos. Las medidas de profilaxis adquieren protagonismo bajo la forma de ley, hacia 1936, lo cual permite visualizar la multiplicación de los mecanismos de control ante la amenaza disgénica.

Además, en 1929, se funda la Liga Argentina de Higiene Mental que se desarrolló sobre la base de ideas eugenésicas ya presentes. Esta idea de preservación de la sociedad como un todo, más allá de la suma del bienestar de cada integrante individual, destaca los conceptos de higiene y profilaxis, como metas inherentes del nuevo modelo médico: higiene asociada al mejoramiento de las condiciones ambientales, para evitar o minimizar la aparición de enfermedades o anomalías en la sociedad presente y profilaxis vinculada a las intervenciones que buscaban, a través de medios selectivos, desterrar en el presente los elementos perniciosos, para la sociedad futura (eugenesia) (Talak, 2005).

En el campo de la psiquiatría, inicialmente en el hospicio de las Mercedes y, posteriormente, en el Hospital Nacional de Alienadas, el neuropatólogo Christofredo Jakob² introdujo la escuela alemana.

En ese período, en el campo de la psiquiatría se registraron acontecimientos significativos; se asistió al ocaso de los proyectos de Domingo Cabred³ quien dirigió la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales y fundó a partir de ella varias grandes colonias de alienados, introdujo la clinoterapia⁴ y el non restraint⁵ y desarrolló una prédica modernista en relación a la asistencia psiquiátrica. El dispositivo psiquiátrico se estancó en un funcionamiento definitivamente manicomial del que no salió más (Stagnaro, 2006). Al comienzo de los años '30 el balance es negativo y el escándalo provocado por su funcionamiento alcanzó la denuncia pública que hizo Bosh en 1931 titulada: “El pavoroso

2 Christofredo Jakob (1866-1956). Médico psiquiatra, neurobiólogo alemán quien en 1899 es contactado por el gobierno argentino (por medio del Ministerio de Relaciones Exteriores) para hacerse cargo del Laboratorio de Clínica Psiquiátrica y Neurológica del Hospicio de las Mercedes (actual Hospital Neuropsiquiátrico "José T. Borda"). Acepta la propuesta tras preguntar sobre el número de cerebros con los que podría contar anualmente (300) valor que superaba en mucho a los 2-3 anuales que conseguía en su país de origen. Para su establecimiento en Argentina se le construyó una réplica exacta del laboratorio de anatomía patológica en que desarrollaba su labor en Alemania. Jakob forma numerosos discípulos que se convierten en personalidades destacadas de la psiquiatría argentina y establece las bases de la llamada Escuela Neurobiológica Argentino-Germana.

3 Médico Psiquiatra argentino que crea el primer establecimiento de puertas abiertas dedicado a la atención de la salud mental: “Colonia Open Door”, la primera en su tipo en Latinoamérica.

4 La clinoterapia, del griego *kline*, y *therapeia*, tratamiento, consiste en el tratamiento mediante reposo en cama.

5 *Non restraint* implica la no sujeción mecánica (en general forzada) de los pacientes.

aspecto de la locura en la República Argentina”, donde plantea la preocupación sobre el aumento, en las últimas décadas, de “enfermos mentales” y señala:

“En los diversos establecimientos psiquiátricos se asisten alrededor de 14.000 enfermos mentales, lo que significa que en ese año los alienados representaban aproximadamente el 1,26 por cada mil habitantes. Nos falta todavía por conocer el número de enfermos que no se asisten en los establecimientos de la especialidad y que creemos superior al primero” (Bosch, 2004: 4)

Todo ello expresa el contexto en el que se desarrolla la vida cotidiana en general, y de las mujeres migrantes en particular. Al respecto, advertimos que ese contexto no es paisaje o escenografía, sino que los procesos de cambio demográfico y de urbanización creciente, que habilitan ciertos discursos criminológicos y judiciales que permean la producción de conocimiento y prácticas médicas, se expresaron con mayor claridad y crudeza en el cuerpo y las trayectorias de internación de las mujeres migrantes.

2. Género y locura: trayectorias locas, de migrantes a NN

A continuación, presentamos la trayectoria de Audra y Angélica, desde su ingreso al hospital hasta su fallecimiento. Las mismas fueron seleccionadas por presentar aspectos recurrentes, presentes en las demás HC analizadas, actuando como caso ejemplo que permite ilustrar sobre las características que adquiere la internación de las mujeres para la época.

Colocamos entrecomillado lo que hemos extraído de forma textual de la HC y con un entrecomillado sencillo cuando se ha registrado de manera textual, las palabras de la mujer internada en la HC original.

Audra

De nacionalidad lituana fue internada en el hospital el 7 de junio de 1931, según consta en su HC; “colocada por” su patrón después de dos meses de trabajar como cocinera, “como sus síntomas se habían vuelto cada vez más ruidosos, decidieron internarla”, “Abandonada en los quehaceres de la casa. Indiferente por los suyos”.

Desde su ingreso se registró que se encontraba: “excitada”, “erótica” que “daba gritos”, permanecía “inquieta a las preguntas que se le formulaban” y “respondía invariablemente ‘no estoy enferma’”; dijo “haber sufrido” en sus empleos como sirvienta y haber “pasado hambre”; se “expresaba deficientemente en castellano”.

Como “ella no podía satisfacer los deseos sexuales de su esposo, éste la abandonó”. Al mes de esa primera internación concurren el esposo y el patrón. Solicitaron el alta. Se le informó que “la asilada se hallaba a disposición del juez”. En 1932, salió con un alta a pedido del esposo, con quien ella se había “disgustado muchas veces por no haber apurado los trámites para hacer venir a sus dos hijas que estaban en Lituania”. Su esposo señala que durante un tiempo su comportamiento fue “bueno, siendo trabajadora y cariñosa”.

Audra reingresa al hospital el 9 de septiembre de 1936, “colocada por la Policía Federal” (se consigna con tinta roja la leyenda “INTERDICTA” en la primera hoja de su HC), aunque esta vez el nombre que se registra a su ingreso fue “Adela”, asignándole una nacionalidad “Polaca”.

Con diagnóstico de “excitación maniaca”, “no exterioriza alienación ni ilusiones”, “Se muestra lúcida y coherente pero no muy interesada”. Se expresa “con entonación ligeramente monótona y con dificultad de dicción debido a la falta de dominio del idioma castellano”. Demuestra “ideas persecutorias que objetiva en su esposo ‘me pega’, ‘es malo’”. Durante un tiempo permaneció “agitada, llorosa, solloza por momentos, espetaba en todas las direcciones”. Fue “enchalecada”.

Consignándose que “la enferma no presenta variación de su estado mental” y sin visitas desde 1936, el 21 de diciembre de 1939 pasa al pabellón 4 del Asilo de Lomas. A casi diez

años de internación, en 1948 se registra “excitada, dice incoherencias, grita con frenesí”, le aplican electroshock.

Durante su internación, aunque especialmente los últimos años de su vida en la institución, presenta múltiples problemas clínicos como: otitis aguda, forúnculos, dolores abdominales, lesiones cortantes, estados febriles y orzuelos, entre otros.

En mayo de 1953, se registra que participó de un episodio en el que agrede a otra interna con una lata, produciéndole una herida en el cuero cabelludo. En 1965, fue diagnosticada con “tuberculosis”. El 23 de marzo de 1968 fue encontrada “desmayada y caída”, con vómitos, sudoración profusa y afebril; cuando recobró el conocimiento “refirió precordialgia” (dolor en la parte delantera del corazón) y se registraron “ruidos cardíacos apagados y bradicardicos”. Se indicó penicilina, digitalina y realizar un examen en el servicio de clínica médica. Tres días después fallece a consecuencia de una “insuficiencia cardíaca aguda”. Su cuerpo fue retirado por el Hospital Borda como NN. (AR-AGN.DAI/HNE.hc5798 [Leg. 149])

Angélica

El 9 de mayo de 1922, con 39 años de edad ingresa Angélica al pabellón Bosch del Esteves. Al ingreso, se registra su ocupación: “quehaceres domésticos”, “religión católica”, “color blanco” y “nacionalidad española”, aunque llevaba “14 años de residencia en el país” casada con Manuel, quien la acompaña. Éste señala que hacía un mes, notaron “los primeros síntomas de la enfermedad “excitación psico-motriz, alucinaciones visuales, fugas, perseguida”; era “violenta” y “agresiva”, estaba “constipada” y tenía “menstruaciones irregulares”. Se refiere además que un hermano estaba “afectado de enajenación mental”. Se establece como “Diagnóstico: Delirio”

Según consta en la historia clínica, ingresó “sumamente excitada, gritando y promoviendo escándalo. Facies de expresión cambiante”. De “atención móvil, idiorreica y logorreica. Incoherente, exterioriza algunas concepciones delirantes persecutorias e ilusiones visuales”. “No se prestó al examen somático. Cuando se la interrogó, prestó atención y respondió sin retardo, mostró ideas delirantes de persecución, de daños y algunas hipocondríacas. Se quejó de su marido, que le había producido la equimosis que presentaba en los miembros ‘Tengo el corazón lastimado, me hace así’ (hacía señas con las manos, como apretando fuertemente), no tiene noción de su estado mental, dice que el marido es el loco ‘Mi esposo me dejó salir de mi propiedad y me trajo acá’, ‘Me trajo engañada’ ‘Yo no sé por qué me trajo, bien a él le pueden preguntar; poco puedo saber; él sabrá por qué me trajo’, ‘Mi esposo me llevó al curandero y éste me dijo que este era un daño’, ‘Yo antes era fuerte como la roca; que no me encuentro tan fuerte como antes; pero estoy bien’, ‘Nunca estuve enferma doctor’.

Le preguntamos si la habían querido envenenar y contestó ‘quien sabe’”. “Muchas veces hasta el mismo marido es el enemigo”. “‘Antes cuando estaba en mi propiedad me peleé con la de al lado, con mi vecina y me insultó tanto’. Durante todo el interrogatorio no ha mirado a su interlocutor, en ningún momento”. Al mes se registró que era “emotiva”, solía llorar. “Caprichosa” y en ciertos momentos “negativismo para las órdenes que se le daban”. Solía tener “soliloquios en voz natural” y “a veces a gritos”. No era “agresiva ni destructora”. Dice “‘Yo no tengo que estar acá; porque no soy de acá’, ‘Estoy acá porque no soy de acá; estoy acá porque me habrán tirado’, ‘Usted sabrá mejor que yo porqué estoy acá, pues yo no tengo motivo para estar acá’, ‘Usted ya lo sabrá’.

Reticencia marcada. Exteriorizó ideas hipocondríacas ‘No me siento bien como antes’ ‘Siento mareos en la cabeza’ ‘parece que me han lastimado el corazón’”. Para fines de 1922 se registra que Angélica se encontraba levantada, “protestaba contra su esposo adjudicándole tener queridas y le llamaba babosa, no lo quería ver. Risas inmotivadas. ‘¿Por qué traen a una al manicomio sin estar loca?’”. Cuando la visitaba su esposo, “le profesaba golpes de puño, puntapiés y le decía de todo”. Solía “excitarse después de la visita de su esposo, tirándose al suelo, golpeando con pies y manos”.

Decía que quiere “salir de este manicomio, ‘quiero ir a mi casa a Flores, para ver a mis nenitos’”. Estaba “bien orientada en tiempo y de lugar”. “Mi esposo me trajo, no sé por qué, yo era buena”. “Eufórica”, “expansiva”, “comunicativa”. Contaba “con lujo de detalles todo lo que le había acontecido”. En 1923, es trasladada al Asilo de Lomas; demostró “tener desprecio por su marido, a quien acusó de ser el causante de su asilamiento”.

Sus sentimientos de afectividad a sus hijos “estaban conservados normales, en cuanto a su afecto por el marido estaba disminuido”. “Se ocupa en algunas costuras”. Tres años después “la enferma insistía en obtener el alta: ‘si no quiere venir mi marido que me saquen sus parientes’”. En el asilo “no se ocupaba en nada desde hacía una temporada”. “Protestaba por la comida”. Los años siguientes se registró que “persistía en el mismo estado mental y físico”.

Con fecha del 22 de abril de 1924 aparece una carta del esposo dirigida al director del hospital, solicitando que le describa la situación de su esposa para enviar a los familiares de España quienes pedían el alta.

En 1930 se registró que era “trabajadora” y tenía “soliloquios” y “a veces solía excitarse”. Dijo que “quería irse, que no estaba enferma”. Veinte años después se continúa con registros similares que muestran cierta mejoría: “atiende”, “lúcida”, “se entablaba fácil diálogo”, si bien aún manifestaba “ideas delirantes de carácter persecutorio”. Tenía un “excelente estado de nutrición” y “se adornaba con cuentas de madera e hilos”. “Cuidaba su aseo”. “Obesidad”.

En 1956 se registra que trabaja en la escobería y que ya no era visitada.

El primer evento clínico se registró en 1943, con una infección en la mano derecha, y continuó hasta 1961 con síntomas de fiebres de 40°C, estados gripales, cefaleas, tos con mucha expectoración, vómitos, diarreas de tipo disenteriforme.

El 7 de marzo de 1961 estaba “muy hipertensa”. Se medicó con: Somnifene y digitalina, Saligram, Ampliactil. Al día siguiente presentó una hemiplejía izquierda. El 9 de marzo falleció a los 78 años a causa de una falla brusca del ventrículo izquierdo. El certificado de defunción establece que falleció a consecuencia de insuficiencia cardíaca aguda. El cadáver pasa a la Facultad de Medicina. (AR-AGN.DAI/HNE.hc[17776 Leg. 85])

Resultados y discusión

Las trayectorias que presentamos condensan múltiples puntos recurrentes en las HC del periodo analizado.

En primer, lugar se observa el ingreso de población migrante, muchas veces con dificultades idiomáticas para la comunicación en español, como es el caso de Audra, consignando datos que, a posteriori, adquieren otros valores, en este caso el nombre y nacionalidad de Audra; en otros casos lo mismo ocurre con la edad o el estado civil, entre otros datos que refieren a la identidad de la mujer.

Es frecuente que las mujeres migrantes internadas lleguen a través de una orden Judicial, “INTERDICTAS”, por disturbios en la vía pública, así como también traídas por sus “patrones” o algún miembro masculino de su familia (padre o esposo más frecuentemente) - fue rara la compañía de otra mujer en la internación. También es recurrente que las mujeres refieran episodios de violencia o maltrato sufridos de parte de estos varones (esposo/patrón) o, en el caso del esposo, que éste le sea infiel o quiera “sacarle”/“robarle” sus bienes, ocupar su vivienda o “fugase” con otra mujer; todo ello es consignado como síntoma de su patología “manifiesta ideas delirantes de carácter persecutorio”, “ideas persecutorias que objetiva en su esposo: ‘me pega’, ‘es malo’” o sencillamente “delirio”.

Tal lectura de las palabras de la mujer nunca es puesta en cuestión o problematizada; la legitimidad de la palabra de “la enferma” (como se nombra a estas mujeres en la HC) es nula en cuanto a su veracidad; sus palabras y comportamientos son síntomas de su enfermedad. Si bien quienes cotidianamente conviven con las mujeres en estas

instituciones son monjas y enfermeras, los registros sobre el estado mental de la mujer, los exámenes clínicos y entrevista de admisión eran realizados siempre por varones.

Nuevamente, la voz autorizada era la masculina leyendo la trayectoria, conductas y el cuerpo femenino. Al respecto, podemos advertir en ello algunas singularidades que expresan la idea de cierta propensión o asociación entre el cuerpo femenino/lo femenino y la locura: el valor que se daba al ciclo menstrual, con registros que señalan: “menstruaciones irregulares”, así como también hallamos en numerosas HC planillas donde se marcaba mes a mes el periodo de menstruación.

Otro aspecto consignado es la conducta “erótica”, “Abandonada en los quehaceres de la casa. Indiferente por los suyos”, “afectividad conservada” o “desafectiva” lo cual se asocia a estereotipos socialmente establecidos para la mujer: ser esposa-madre-cuidadora-ama de casa. El incumplimiento o apartamiento de atributos establecidos para su género: lo afectivo, lo débil, lo reproductivo, lo emocional, lo delicado, lo romántico, lo maternal-cuidador y lo doméstico.

Producen ciertos procedimientos, acuerdos y tratamientos que se cuelan en las teorías, registros, prácticas y modos de pensar médicos. Ello coincide con la llamada “feminización de la locura”, esto es, el proceso que llevó, a finales del siglo XIX, a considerar los trastornos mentales asociados a ciertos “atributos femeninos”, lo cual condiciona las respuestas terapéuticas de los psiquiatras (Showalter, 1985; Smith-Rosenberg, 1972; Chesler, 1972; Wood, 1973; Kromm, 1994; Weiner 1995; Davies, 1996). Como Señalan Ruiz Somavilla y Jimenez Lucena (2003):

“Las mujeres tenían más probabilidad de ser etiquetadas de enfermas mentales, debido a lo que Chesler llama “doble estandar” de la enfermedad mental, ya que la salud mental no se valoraba de la misma forma, con los mismos parámetros, en hombres y mujeres, pues los parámetros de una personalidad sana: independencia, autonomía y objetividad no eran los parámetros de una mujer mentalmente sana: dependencia, sumisión y sentimentalismo” (p.10).

Al respecto, no podemos dejar de ver el lugar que tenían estas mujeres hasta la creación de este tipo de asilos: la cárcel o la calle. La “asistencia de locos” va a acentuar una regulación moral de la conducta, dando gran importancia a la regulación de los cuerpos mediante el trabajo como organizador de la salud mental; ello se expresa en observaciones sobre el comportamiento que aparece como síntoma de enfermedad: “exitada”, “erótica”, “pueril”, “no se ocupaba en nada desde hacía una temporada” o, por el contrario, como muestras de mejoría: “se ocupa en algunas costuras”, “colabora”, “trabajadora”, “trabaja en escobería”. Además, diversos modos de contención como el “chaleco” o “restraint”, el electroshock, shock cardíacos o inyecciones de leche subcutánea, se orientan a controlar los cuerpos y corregir conductas.

Los asilos alejados de las ciudades, con parques y espacio al aire libre son producto de la aplicación en la Argentina del sistema “Open Door”, que propuso e instaló el médico psiquiatra y sanitarista Domingo Cabred (1859-1929). En sintonía, el Asilo de “Lomas” estaba por fuera de la gran ciudad asociada por los alienistas a una de las causas de la locura - el hacinamiento, el dinero, los vicios, etc. (Vezzetti, 1985). Dichos espacios se caracterizaban por una ilusión de libertad, trabajo y su carácter rural (Vezzetti, 1985) (Marquegui, 2010).

Así, el trabajo se convierte en uno de los elementos más importantes del “tratamiento moral”. Vezzetti (1985) va a señalar que el objetivo de la reintegración social del loco comienza por esa reforma del manicomio que lo aproxima a una pequeña comunidad rural. La centralidad del trabajo al aire libre se sostiene en una serie de razones; es inmediatamente higiénico, devuelve al “alienado” signos de su utilidad social y, finalmente, contribuye a reducir los costos del establecimiento.

Está claro que, desde esta concepción, “la locura” no es tanto una afección de la razón como una desviación de la conducta, a partir de causas que remiten tanto a factores corporales como a condiciones socio-económicas y crisis morales que atraviesa especialmente la población migrante.

Las HC que analizamos dejan constancia, con los años de internación, del traslado de las internas al “Asilo de Lomas”. Éste fue construido con esta lógica; si bien llegan las mujeres consideradas “crónicas”, a quienes se las termina aislando de sus lugares de origen, dejan de ser visitadas y, conforme pasa el tiempo, los registros sobre su evolución son cada vez más breves y se realizan cada vez con menor frecuencia, ligados a procedimientos clínicos, hasta su fallecimiento.

El final de la vida, en la institución, de la mayoría de las mujeres transcurre en soledad o, al menos, lejos de sus familiares y/o allegados. Dejan de preguntar por ella hasta que su cadáver no es retirado y se lo envía al Borda para ser investigado - como en el caso de Audra - o a la facultad de medicina - como el de Angélica.

Consideraciones finales

Durante la primera mitad del siglo XX, los procesos socio-políticos y económicos que atraviesan a nuestro país, como la inmigración no regulada, la creciente urbanización e intensificación de la economía de mercado, van a colocar el foco en la necesidad de atender a “la salud de La Nación”.

Las concepciones de la psiquiatría para la época no quedaron exentas de ello. Hemos visto cómo las ideas vigentes sobre el trabajo, la familia y el género permearon la mirada y prácticas médicas y tuvieron una profunda influencia en las experiencias de las mujeres internadas, así como en las conductas y recomendaciones de los psiquiatras y el personal médico en general.

Coincidimos con Ablard (2008), quien también trabaja con historias clínicas de la época, cuando señala que los médicos y el equipo eran proclives a considerar el testimonio familiar e ignorar las aseveraciones de aquellos confinados que podrían haber hecho comprensible su extraño comportamiento; se tomaban importantes decisiones médicas basadas en breves chequeos superficiales y altamente rutinarios.

Aquí, cabe plenamente el concepto de “estigma” desarrollado por Goffman (2001) que remite la situación en la que un individuo posee un rasgo que puede imponerse a la atención de los demás, “anulando” sus restantes características y moldeando la actitud de las otras personas hacia él o ella; hasta el propio sujeto “se hace eco de ese rechazo”.

Entre los tipos de estigma que desarrolla Goffman (cuerpo, condiciones raciales y fallas del carácter) podría ubicarse el estigma que recae sobre las personas con padecimiento mental (Michalewicz, Obiols, Ceriani, & Stolkiner, 2011). De este modo, el atravesar por una internación psiquiátrica puede constituirse en un sello permanente que condiciona la forma en la que una persona es percibida por los otros y la manera en que ella se percibe a sí misma, quedando su palabra relegada, por lo general, al descrédito. El estigma hace que su palabra pierda credibilidad y validez, no por lo que diga sino por el propio lugar desde el que habla (Michalewicz et al., 2011).

Lo que resulta de interés es el hecho de que los diagnósticos o etiquetas psiquiátricas no tengan una valoración neutral. Ablard (2008) va a señalar que la distancia social entre el profesional y los sujetos (definidos por status socioeconómico, raza, género, etnicidad, comportamiento e ideología política, entre otros) fue un determinante principal al declarar a una persona “insana”. Los médicos consideraban que predisponían a la locura factores socioculturales y económicos, incluyendo el stress de la migración y los roles no tradicionales que adoptaban las mujeres inmigrantes a su llegada a Buenos Aires.

Subyace a ello cierta moralidad establecida para la época que, en el caso de las mujeres adquiere valores singulares asociados a estereotipos de género. Así, la psiquiatría viene a legitimar el encierro de mujeres que se apartan del modelo establecido para ellas, de lo

productivo y de lo esperable; por lo tanto, de la razón. Se trata de un cuerpo al que hay que mantener dentro de ciertas normas y orden social.

La “locura” termina siendo diagnosticada a través de juicios moralizantes antes que, desde lo que podría llamarse desde una perspectiva biomédica “observaciones científicas”. Desde esta perspectiva, la palabra y subjetividad de la mujer quedan absolutamente anuladas o desoídas; la categoría de “enferma” que la nombra parece no dar lugar a la consideración sobre la legitimidad de su palabra.

Por el contrario, sus voces muchas veces son leídas como síntoma de enfermedad antes que causa de su sufrimiento. Frente a ello, por un lado, podemos visualizar el rol del médico como “empresario moral” (Freidson, 1978; Sy, 2015). La medicina resulta así análoga al derecho y a la religión, proponiéndose descubrir y controlar aquello que considera indeseable (Foucault, 2000).

Por otro lado, como plantea Foucault (1987, 2002) podemos observar que la locura es un problema "epistemológico", un problema que sólo tiene sentido dentro de una determinada episteme. La separación de la locura respecto de la razón no quiere decir que la locura sea completamente independiente de ésta, sino que es una forma relativa a la razón; sirve de espejo o contra espejo a aquello que la relega. En este sentido, la línea de separación entre locura y razón persistirá mientras continúe la episteme dentro de la cual el discurso del "loco" (“la loca” en este estudio) es un discurso rigurosamente excluido, como ocurre desde una perspectiva biomédica (Foucault 1987, 2002).

En este sentido, aventuramos que nuestro análisis habilite la reflexión sobre el modo en que se producen, reproducen y persisten saberes que esconden prejuicios y estereotipos de género, bajo la supuesta objetividad de la ciencia médica, delimitando signos y síntomas como atributos de enfermedad psíquica que conducen a invisibilizar la forma en que éstos expresan aquello que se considera “peligroso”, “dañino”, “indeseable”, “anormal” para una mujer en determinado momento de la historia.

Agradecimientos

Al CONICET y el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús por sostener y financiar la investigación. A las integrantes del equipo de investigación con quienes pude dialogar y construir conocimiento. A las trabajadoras del archivo que facilitaron nuestro acceso a las historias clínicas.

Referencias

- Ablard, J. D. (2008). *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*. Calgary, Estados Unidos: University of Calgary Press and Ohio University Press.
- Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Audra”, Legajo N° 149, HC N° 5798.
- Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Angélica”, Legajo N° 85, HC N° 17776.
- Bosch, G. y Ciampi, L. (1998). Clasificación de las enfermedades mentales (1930). *Boletín del Instituto Psiquiátrico*. 2(5), 5-25.
- Bosch, G. (2004). El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina*. 19, Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas19/El%20pavoroso%20aspecto%20de%20a%20locur.htm>
- Burin, M. y Meler, I. (2010). *Género y Familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Censo de la Nación Argentina. *Segundo Censo Nacional 1895*. Tomo 2. Recuperado de http://www.deie.mendoza.gov.ar/tematicas/censos/censos_digitalizados/Censos%20Digitalizados/index.html

Ciafardo, E. y Espesir, D. (1992). "Patología de la acción anarquista. Criminólogos, psiquiatras y conflicto social en Argentina, 1890-1910". *Siglo XX. Revista de Historia, segunda época*, 12, 23-40.

Chesler, P. (1972). *Women and Madness*. Nueva York, Estados Unidos: Avon Books.

Davies, K. (1996). "Sexing the mind? Women, Gender and Madness in nineteenth-century welsh asylums". *Llafur* 7(1), 29-40.

Devoto, F. (2009). *Historia de la Inmigración en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.

Dovio, M. (2014). "La peligrosidad en la Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal". Buenos Aires, 1924-1934. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 44-56.

Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona, España: Península.

Foucault, M. (1987). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

_____ (2000). Clase del 15 de enero de 1975. En *Los Anormales* (pp. 39- 59). Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

_____ (2002). *Historia de la locura en la época clásica*. México DF, México: Fondo de Cultura Económica.

Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (1973). *Anuario Estadístico de la República Argentina*. Buenos Aires, Argentina: INDEC.

Ingenieros, J. (1957). *La locura en la Argentina. Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Elmer.

Kromm, J.E. (1994). "The Feminization of Madness in Visual Representation". *Feminist Studies*, 20(3), 507-535.

Miranda, M. (2012). "Buenos Aires, entre Eros y Tánatos. La prostitución como amenaza disgénica (1930-1955)". *DYNAMIS*. 32(1), 93-113.

Marquegui, D.N. (2010). "Inmigración y control social: nuevas perspectivas de análisis de los procesos de integración y represión del "fracaso" a partir de los libros de historias clínicas de la Colonia Nacional de Alienados "Dr. Domingo Cabred" (Argentina) a principios de siglo XX". *Jornadas Bicentenario: perspectivas, debates y desafíos para las ciencias sociales*. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Tandil, Argentina.

Michalewicz, A., Obiols, J., Ceriani, L. & Stolkiner, A. (2011). "Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio". *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Pacecca, M.I. y Courtis, C. (2008). *Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL 84.

Scott, J. (1993). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Nash y Amelang (eds). *Historia y Género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea* (pp. 23-56). Valencia, España: Alfons el Magnanim.

Showalter, E. (1985). *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830-1980*. Nueva York, Estados Unidos: Pantheon.

Smith-Rosenberg, C. (1972). "The Histerical Woman: Sex, Roles and Role Conflict in 19th Century America". *Social Research*. 39(4), 652-678.

Ruiz Somavilla, M.J y Jiménez Lucena, I. (2003). "Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica". *Frenia*. 3(1), 7-29.

Stagnaro, J.C. (2006). "Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina". *Frenia*, 6(1), 9-37.

Stepan, N.L. (1991). *The Hour of Eugenics. Race, Gender and Nation in Latin America*. Ithaca, Estados Unidos: Cornell University Press.

Sy, A. (2015). "De la Literatura a la Historia: Cuando la locura se convierte en desviación social". *Estud. filol.* 55, 129-141. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0071-17132015000100008>

Talak, A.M. (2005). "Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en la Argentina (1900-1940)". En M. Miranda, y G. Vallejo. (Ed.). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino* (pp.563-599). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Weiner, D. (1995). "Les femmes de la Salpêtrière: Trois siècles d'histoire hospitalière parisienne". *Gesnerus*. 52(2), 20-30.

Wood, A.D. (1973). "The Fashionable Diseases: Women's Complaints and Their Treatment in Nineteenth Century America". *Journal of Interdisciplinary History*. 4 (1), 25-52

Vezzetti, H. (1985). *La locura en Argentina*, Buenos Aires, Argentina: Paidós.