

Caracterización discursiva de datos psiquiátricos de mujeres internadas en 1915 en la Colonia Nacional Montes de Oca de Torres, Pdo. De Luján: la deixis de mujeres alienadas.

Bernhardt, Florenica.

Cita:

Bernhardt, Florenica (2017). *Caracterización discursiva de datos psiquiátricos de mujeres internadas en 1915 en la Colonia Nacional Montes de Oca de Torres, Pdo. De Luján: la deixis de mujeres alienadas.* XVI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-019/69>

XVI Jornadas Interescuelas Mar del Plata: 9, 10 y 11 de agosto de 2017

Mesa 11- Discursos, relatos e imaginarios sobre tiempo, espacio y sociedad.

Título Caracterización discursiva de datos psiquiátricos de mujeres internadas en 1915 en la Colonia Nacional Montes de Oca de Torres, Pdo. De Luján: la *deixis* de mujeres alienadas.

Autora: Bernhardt, Florencia

Email: fmebernhardt@hotmail.com

Instituciones de procedencia UBA- UNLu

Para publicar en actas

**Caracterización discursiva de datos psiquiátricos de mujeres internadas en 1915 en la
Colonia Nacional Montes de Oca de Torres, Partido de Luján.
La *deixis* de mujeres alienadas.**

Introducción

Presentamos en este trabajo el inicio de las actividades de investigación realizadas en el Hospital Psiquiátrico “Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca” de Torres, Luján. Dichas actividades se orientan a la examinación de archivos psiquiátricos de la primera época del ingreso de mujeres: año 1915 con el objetivo de caracterizar los géneros discursivos que registran dicho ingreso. Adoptamos la perspectiva del análisis del discurso porque nos permite abordar la composición de los géneros para caracterizar el dispositivo psiquiátrico-institucional de la institución asilar (Arnoux, 2009).

Encontramos un libro de mujeres y niñas junto con algunos legajos. Muchas veces, las fichas de ingreso en el caso de mujeres no fueron completadas o fueron arrancadas. Si bien se calcula que aproximadamente fueron internadas más de 900 mujeres entre 1915 y 1929, según datos del libro clasificado, se puede suponer que fueron más el dispositivo.

1. Marco histórico

En “La constitución histórica de la enfermedad mental” (2016) Foucault afirma que a mediados del siglo XVII la locura pasa a ser exclusión, para lo que se crean casas de internación, sin vocación médica, destinadas a recibir individuos como pobres inválidos, ancianos sin recursos, mendigos, desempleados, personas con enfermedades venéreas, libertinos, disipados, etc., son los extraviados. “En el encierro que sufre el loco junto con muchos otros en la época clásica están en juego no las relaciones de la locura con la enfermedad, sino las relaciones de la sociedad consigo misma” (p. 132).

El hospital como instrumento terapéutico es un siglo posterior a las casas de internación europeas recién en 1760 aparece la labor terapéutica o el sentido de curar al enfermo. El hospital pasa a ser considerado no un lugar para ir a morir sino un lugar de curación en el que intervienen el médico –quien ocupa un lugar central- y los asistentes (enfermeras, ayudantes, alumnos, religiosas). Así, se establecen mecanismos o tecnologías disciplinarias que permiten la medicalización y el desarrollo del modelo terapéutico hospitalario (Foucault, 2014).

En la Argentina este modelo se trasladó y profundizó durante el siglo XIX y parte del XX, especialmente con el Dr. Meléndez y luego el Dr. Cabred¹ (de Lellis y Rossetto, 2009) que introducen el alienismo, corriente inspiradora de los inicios de la psiquiatría argentina. Hacia principios del siglo XIX en la Argentina no existían los hospitales psiquiátricos habilitados para mujeres, quienes eran destinadas a la cárcel. En la segunda época del siglo XIX, las políticas sanitarias del Estado Nacional fomentaron la construcción de asilos psiquiátricos de estructuras manicomiales para alojar a personas con trastornos psiquiátricos y de otra índole: el diferente, el pobre, el desviado o anormal era excluido en el asilo, generalmente dirigido por organizaciones benéficas, de carácter asistencialista y

¹ Ambos se destacaron como académicos y directores reformistas de instituciones psiquiátricas, el primero en el siglo 19 y el segundo a principios del 20.

religioso (Bayón, 2000). En 1883 Torcuato de Alvear, creó la asistencia pública para otorgar servicios médicos (Requiere, 2010) que desempeñó funciones asistenciales en los hospicios y manicomios. Así, en 1854 la Sociedad de Beneficencia creó el primer hospicio de mujeres, el Hospital de Alienadas, dirigido por el doctor Piñero, que alojó aproximadamente a 1400 mujeres hacia principios de siglo 20. Señala Bayón (2011) al respecto:

‘Un hospital proyectado para sacarlas de las calles y la cárcel y que terminó convirtiéndose en un depósito donde raras veces se curaba y siempre se malvivía. Creemos probable también que el discurso que trató de excluir a las mujeres del mundo laboral contribuyó a profundizar esta situación, al no ser consideradas como mano de obra útil o necesaria’. (p. 9).

Es decir, el hospital psiquiátrico, en alguna medida, reemplazó a la cárcel: se transformó en un espacio nuevamente de hacinamiento y de maltrato, destino inexorable que parecen haber tenido este tipo de instituciones.

En cuanto al dispositivo psiquiátrico que se instituye en la Argentina desde mediados del siglo XIX, es claro que se ve al otro como diferente, alienado, agresivo, peligroso, enfermo, calificaciones que justifican el encierro según los modelos manicomiales europeos. El modelo clasificatorio que se utilizó en Europa se trasladó a Argentina con características similares a las descritas por Foucault (1996) en cuanto al orden, aislamiento del paciente y autoridad médica. Dice Silvia Bayón en “Las locas de Buenos Aires”:

‘Este dispositivo comenzó a conformarse a partir aproximadamente de 1880 - después de la construcción de los hospitales de alienados para hombres y mujeres en Buenos Aires- deslindando modelos de normalidad y anormalidad. Mientras al principio la locura fue vista como un desorden moral, la relación de médicos argentinos con pares extranjeros, lo mismo que el desarrollo del espacio manicomial - que permitió la observación de conductas y el conocimiento directo de patologías - , produjo la construcción de un discurso específico’. (p. 9)

La pobreza, la conflictividad, la explotación laboral no eran exclusividad masculina sino que la situación de las mujeres empeoraba a causa de los sometimientos tanto familiares como sociales, en las poblaciones locales y de inmigrantes, es decir, atravesaron a diario por situaciones cercanas a la alienación. Además, la situación de las internadas en el Hospital de Alienadas, actual Moyano, era compleja debido a que existían problemas de hacinamiento,

convivían entre ellas con diferentes patologías y grados de agresividad o violencia, no había atención suficiente (Bayón, 2000), por lo que estas instituciones se transformaron en depósitos de mujeres. Así, se crearon otros asilos como el de Lomas de Zamora como anexo de Alienadas, el de Oliva en Córdoba y la Colonia de Torres.

Algunas cifras son, por ejemplo en 1881 había 200 camas disponibles y 377 mujeres internadas; en 1900 había 1400 mujeres internadas; en 1908 el Asilo de Alienadas de Lomas tenía capacidad para 500 mujeres, que luego se amplió (Requiere, 2010). El Dr. Domingo Cabred, inspirado en las teorías europeas de puertas abiertas (open door) para el tratamiento de enfermedades mentales, desarrolló dos proyectos para derivar a estas personas de la Capital Federal, el primero fue la Colonia de Open Door y el segundo la Colonia de Torres. Ambos establecimientos se construyeron a finales del siglo XIX y principios del XX y están ubicados a una distancia relativamente corta pero lo suficientemente lejana de la capital, a 20 kilómetros aproximadamente de la ciudad de Luján.

El historiador Marquiegui (“Un final no buscado...” 2012) explica que las primeras instituciones psiquiátricas de nuestro país son el resultado del proceso de modernización que se desenvuelve a partir de las inmigraciones y que el enclaustramiento de estos sectores de la población:

‘en las colonias asilo fundadas a principios del siglo XX no siempre obedeció a causas ni pura ni exclusivamente médicas, confluyendo en ese desenlace las prácticas de control y el interés de un estado que veía con alarma el desmesurado crecimiento de la población y la urbanización acelerada, que no podían dejar de vincular con la aceleración del conflicto social y el incremento de la emigración europea’. (p. 157)

Frente a esta situación, la propuesta fundacional de Cabred, en un principio, fue diferente. Creó asilos bajo los modelos de Pinel en Francia y de Conolli en Inglaterra, en zonas rurales con la finalidad de evitar tensiones que perjudicaran a los internados. Introdujo el modelo de sistema sin coerción (no restraint) europeo, de colonia agrícola basado en una trilogía terapéutica de libertad, trabajo y bienestar físico y moral así como también había quitado el uso de chalecos de fuerza y el encierro y, a cambio, había introducido la clínica como método terapéutico: “Se aplicará la educación física, intelectual, moral y profesional bajo una dirección médica, formando todo ello el tratamiento designado como médico-pedagógico” (Cabred, 1908, en de Lellis y Rossetto, 2009, p. 16).

2. Historias clínicas

A partir de Foucault (2014) entendemos el poder psiquiátrico como una administración antes que una terapéutica que establece un régimen de aislamiento, regularidad y obligaciones, donde el psiquiatra es el director del funcionamiento del hospital y los individuos, que reproduce el orden de la realidad puertas adentro del asilo a través del sometimiento del otro, de la interrogación o anamnesis tipo confesión, la enfermedad que se le impone y la exigencia de trabajar para pagar sus gastos. En este sentido, el régimen del asilo necesita una dirección, a cargo de los médicos psiquiatras que no necesitan de su saber psiquiátrico para ejercerla pero que la fundamenta.

También afirma (2014) que el poder del médico asilar se ve en ciertas marcas de su saber, como las que recoge de Pinel sobre la interrogación detallada que debe realizarse al “enfermo” “en ese protoasilo de los primeros años del siglo XIX” (p. 216). Además señala que en el interrogatorio el “enfermo” no debe darse cuenta de que la información depende de él y es necesario que responda a las preguntas; se constituye en un “juego de significaciones que da al médico autoridad sobre el paciente” (p. 218); para constituir las marcas de saber hay que vigilar al enfermo y llevar su historia con detalle.

Nuestros análisis dan cuenta de estas afirmaciones a través de las fotografías y de los boletines que se producen en el momento del ingreso al asilo. El análisis del discurso permite explicar el sentido y el funcionamiento desde el campo del lenguaje a “saberes provenientes de otros dominios a partir del problema que se ha planteado o ha sido planteado por otro profesional” (Arnoux, 2006, p. 38). La historia clínica como género discursivo médico constituido por un relato o narración escrita a partir de un ordenamiento de datos de una persona, es bastante reciente. Las de Torres relatan los antecedentes familiares o herencia, hábitos, constitución física y psíquica, su medio ambiente y “siempre que sea posible, la etiología y evolución de la enfermedad” (de la Prieta Miralles, p. 36, 2002). Este relato, a su vez, tiene consecuencias jurídicas y documenta la historia del “paciente”, la sabiduría o habilidad del médico.

El conocimiento necesario para el documento surge de una comunicación entre médico y paciente en el contexto de una entrevista, además de datos procedentes de

instituciones. Las historias clínicas de la Colonia de Torres son los boletines anamnésicos que el mismo Cabred confeccionó (de Lellis y Rossetto, 2009). Se componen de una indagatoria o boletín anamnésico suministrado por el médico y de imágenes de las mujeres que ingresaban.

Los estudios médicos de imágenes se realizan en Europa a partir del siglo XV en forma de cuadros, litografía y ya a partir de mediados del siglo XIX en forma de fotografía cuya finalidad es describir el cuerpo desde el punto de vista científico. La imagen médica “produce una transformación en la condición del sujeto a representar, donde el estado del sujeto, luego de una clasificación, muta al estado de objeto” (Leyton Robinson y Díaz Caballero, 2007, p. 993). La fotografía es un hito histórico que constituye un material valioso para el análisis de los cuerpos de las mujeres internadas, y a su vez, nos permite observar “lo no percibido, la obscenidad de la objetividad, el discurso científico en su concreta realidad social y política y cómo esta influye sobre las determinaciones científicas” (p. 998). El examen de las fotografías de las alienadas permitiría encontrar marcas del cuerpo social o de la institución médica, *deixis* y, así, abordar el modelo médico-social que las fotografió.

A partir del análisis de los documentos fotográficos y boletines anamnésicos, buscamos establecer los signos de la resistencia de las mujeres y la *deixis institucional* o, el dispositivo institucional de la época.

2. 1. Fotografías

Gregoriadou (2014) explica que desde su invención, la fotografía intentó parecer un documento fiel de la realidad, un instrumento científico en el que el positivismo creyó y constituyó en documento o archivo. También se relacionó con los instrumentos de poder a través del uso de la imagen que hacen los aparatos de Estado. Durante el siglo XIX su práctica era frecuente en instituciones policiales, manicomiales y hospitales. También explica que en *Vigilar y Castigar* (1975), Foucault “localiza la emergencia de un nuevo mecanismo administrativo de registro, de documentación que empieza a regular, organizar y clasificar todo lo dicho en archivos” (p. 79). Este mecanismo se pone en relación con las prácticas policiales y psiquiátricas de la época. Se utilizan fichas con fotografías y textos que luego se archivan como instrumentos de control. La fotografía se convierte en “prueba policial, judicial, así como herramienta de diagnosis fisiognómica e incluso de reforma en la clínica

psiquiátrica (...) su uso servirá en la clasificación y comparación de un individuo con otro, permitiendo de ese modo el control absoluto del hombre mediante su conversión en objeto de conocimiento” (p. 87).

Bertillon (Gregoriadou, 2014) compaginó tablas de datos con medidas antropomórficas detalladas para la clasificación visual de los cuerpos, “la huella fijada en la fotografía y en el archivo contribuye a la identificación y a la autenticidad de la identidad, y nos hace pensar que su íntima relación reside en esta impresión latente que ambos registros encierran” (p. 90). Sabemos que Bertillon estaba ideando un archivo fotográfico importante a partir de la información de los criminales en base a las fotografías. Al respecto, dice Ginzburg en *Mitos, emblemas indicios* (2008):

‘La idea de un enorme archivo fotográfico criminal fue en un principio descartada, por los insolubles problemas de clasificación (...) Desde 1879, un empleado de la prefectura de París, Alphonse Bertillon, elaboró un método antropométrico, que ilustraría en varios ensayos y memorias, basado en minuciosas medidas corporales, que confluían en una ficha personal. (...) Bertillon propuso complementar el método antropométrico con el llamado “retrato hablado”, o sea con la descripción oral analítica de las “unidades discretas” (nariz, ojos, orejas, etcétera), cuya suma debería devolver la imagen del individuo, permitiendo en consecuencia el procedimiento de identificación...’ (p. 215 y s.)

El hecho de que los cuerpos pudieran ser clasificados, controlados en diferentes categorías vinculadas con lo criminal -el método de A. Bertillon, que se utilizó en EE.UU. para la identificación policial- y que constituyera el modelo para la psiquiatría, otorga un nuevo significado: la fotografía institucional.

Los libros de la Colonia de Torres contienen 4 columnas de 3 filas de imágenes por columna, 12 fotografías por página. Las fotografías contenían epígrafes debajo de ellas con la función de convalidación y autenticación de las imágenes con el registro escrito, es decir, estamos frente a una función de la escritura de control y verificación de la imagen. Uno es correlato de la otra.

En cuanto a las imágenes, encontramos que cuerpo, pose, mirada, fondo, son los elementos que producen significación o manifiestan algún rasgo significativo. Las imágenes son de cuerpo entero. Los cuerpos están vestidos con polleras y blusas o sacos y zapatos del

estilo borceguí. En algunos casos hay delantales rayados o a rayas sobre otra ropa. El cabello está cortado generalmente, muy cortado o al ras, a veces cortado como hombre, a veces no hay cabello o está recogido. La inmediatez del corte, posiblemente realizado para la toma fotográfica, es evidente. No se ven largos ni lacios, o rulos. Algunas imágenes dan la idea de que se exponen hombres, se desambigua la imagen a través del nombre y de las faldas, en el caso de que hubiera pantalón y ausencia de nombre, da la imagen de hombre. A veces, en una o dos imágenes, hay sonrisa o algo que no se entiende si es sonrisa o amargura.

En cuanto a la mirada de las mujeres encontramos que los ojos y el rostro están mirando al frente, a veces está el rostro pero no los ojos, cerrados o mirando en 2ª o 3ª persona. La mirada es una construcción institucional, no hay fotografía en la que las personas miren en esas direcciones, con el rostro y con la mirada.

La pose principalmente es de pie, generalmente en posición frontal o de perfil, sentadas, algunas sostenidas por una enfermera. También es una construcción institucional que, como señalamos, se origina en la fotografía criminológica. La pose de la mayoría de las mujeres habla de cuerpos abandonados, deformados, sometidos, expuestos obligadamente.

El fondo de la imagen presenta lugares indefinidos, posiblemente paredes. Como la toma fotográfica trata de abarcar la totalidad del cuerpo, muchas veces se fotografía el piso, que se distingue con alguna clase de adorno en la baldosa pero el fondo no muestra imágenes.

Hay otros elementos, pertenecen a la tecnología de la institución como un aparato de medición de altura de las personas, al estilo escuadra o una silla para algunos casos. Es una gran regla con una madera para medir la estatura. No se ven otros objetos que den cuenta de “lo institucional”. El dispositivo fotográfico considera cuerpos, vestimentas, algún instrumento como regla y un fondo blanco. No hay ambientes institucionales como salas médicas, dormitorios, espacios de labores, etc. La fotografía espera dar cuenta de un cuerpo que muestra una enfermedad mental, la idiotez. Así, el sujeto es transformado en objeto, es expuesto a la mirada médica para examinar diferentes manifestaciones de la enfermedad.

El hecho de analizar fotografías como documentos históricos significa hacer una categorización de lo observable como técnicas, escenografía, objetos, fotógrafo, institución. Son fotografías que manipulan los cuerpos. Leyton Robinson y Díaz Caballero (2007) señalan:

el rol de la fotografía como un factor dominante que comprueba y demuestra los grandes logros de una ciencia humana. Pero también, abarca una serie de factores que nos hace mirar lo no percibido, la obscenidad de la objetividad, observar el discurso científico en su concreta realidad social y política (...) La fotografía registra el pasado y su verdad épica, pero también “congela” los errores y prejuicios médicos de una época. (p.998)

Una de las imágenes (se adjunta la imagen de Rosa Naspetti) se presenta de frente, está mirando al frente, sonriente, el detalle del cabello, está rapada. Es una imagen similar a las criminológicas. Rosa está de pie, mira más que hacia la cámara en un ángulo, un punto que escapa a nuestra visión, a un lado de la cámara. Viste un delantal oscuro, borceguíes. La mide una gran regla que marca aproximadamente 140 de estatura, es una niña. La imagen de Rosa muestra un contraste entre su rostro, sonriente, los ojos y la boca tienen cierta expresión de alegría, y los puños de las manos, tensos, exasperados. Hemos calificado de tensión entre la presión institucional y la resistencia de la niña a la gestualidad que hay en la imagen de Rosa. La fotografía se nos presenta como un enunciado en el cual podemos leer la relación entre el encierro y la niña, la deixis. La edad de la inocencia. El resto de la escena se ve como de pared, paredón blanco, no hay ningún elemento que evidencie niñez, calidez, cuidado. Sólo control a través de la regla.

En otra fotografía se puede ver que la mano de la enfermera toma de la oreja a Manuela Cuervo, niña también, posiblemente para que se quede quieta y el fotógrafo pueda tomar la imagen. El maltrato institucional, la pose forzada, el castigo posterior, la forma de la relación, evidentemente, quedan fotografiados. El poder médico-institucional se hace manifiesto en las imágenes a través de la pose obligada de las mujeres. Las manos de las enfermeras que obligan a mostrar la cara, que tira de la oreja, la regla que mide como efecto de control, constituyen la representación del poder psiquiátrico, la fuerza que hace sumisa a la mujer que resiste, son los agentes de poder de la disciplina (Foucault, 2014).

Otra fotografía muestra a Josefa Dellagiovanna junto a la regla, reclinada sobre ella, presenta una imagen que no difiere de cualquier otra joven, excepto por la presencia de la regla, índice institucional (Ginsburg, 2008). El delantal oscuro, la pared, la mirada ligeramente perdida y no directamente sobre la lente, indican la pertenencia institucional, ella no pertenece a ese lugar, el lugar la capturó.

En todas las imágenes que recopilamos se ve la deixis de las mujeres que resisten al poder psiquiátrico, a la institución. A veces se ve la mano dominante de la enfermera o colaboradora, siempre sujetando, tironeando, tensionando. Algunas son niñas, muy jóvenes, otras son chicas, adolescentes con los brazos en jarra o cruzados detrás de la espalda. Ninguna de las poses es placentera, feliz, acogedora.

El dispositivo de análisis fotográfico establecido por Leyton Robinson y Díaz Caballero (2007) considera que este tipo de imágenes son documentos de archivos visuales médicos, culturales e históricos a partir de cuatro clases:

1. Médico-social que son los marcos contextuales históricos, relaciones entre la medicina y la sociedad: las imágenes de mujeres y niñas retratadas con aspecto de marginalidad, alienación, enfermedad. Esta característica sitúa la “enfermedad” psiquiátrica en relación con la marginalidad, ítem reforzado por el correlato entre legajo y la fotografía. Así resulta evidente la innecesariedad de la internación realizada en base a un diagnóstico impertinente (“alienada” en base al diagnóstico, idiota).

2. Médico-estético que son los formatos fotográficos, registros e iconografía: sobresale la estética de la infelicidad, el desarreglo, el forzamiento que contrastan a veces con cierto afán del arreglo personal previo a la toma fotográfica, a veces hay un detalle de un moño en el pelo o un collar en el contexto de delantales irregulares, arrugados, sucios, borcegués desatados o rotos, cabellos desarreglados o cabezas rapadas. Estas escenas ponen de relieve el abandono de las mujeres, el trato institucional, la suciedad, la falta de cuidado sobre el cuerpo y la ropa con la excepción de raparlas. El ojo del fotógrafo está enfrentado a la mujer fotografiada

3. Médico-institucional son las intenciones o determinaciones institucionales. La institución que confecciona documentos visuales con ciertos objetivos. Las fotografías establecen una colección. Construyen una imagen de la institución en cuanto a ciertos objetivos corporativos. La finalidad de las fotografías está asociada a la memoria institucional o al estudio médico o a ambos. ¿Es posible entender el paradigma psiquiátrico médico de la época? Se espera que la fotografía muestre la enfermedad desde el punto de vista físico y se traslade a lo psíquico. Así se justifica la creación del asilo.

4. Eje médico político. Algunas fotografías visualizan cierta jerarquía de la institución, no aparecen los médicos junto con los pacientes sino colaboradores: metonimias de enfermeras, manos presionando la cabeza de una mujer, manos que fuerzan una pose o mirada a cámara, manos sosteniendo a quien no puede levantarse, las manos antes o después: desnudando un cuerpo, acomodando otro ante la regla. Estas imágenes muestran el ejercicio de un poder dentro de las estructuras manicomiales. La fotografía es forzada, obligada. Así, relacionamos la fotografía con procedimientos de control y represión asilar.

2.2. Boletines anamnésicos

Este material es complementario de las imágenes presentadas. Al momento del ingreso de las mujeres, niñas, hombres y niños se realizaba una ficha de ingreso o boletín anamnésico junto con las fotografías. Estos documentos constituían un legajo de quienes ingresaban a la institución. En algunos legajos también figura la causa y la fecha de fallecimiento. Incluía datos de la institución de procedencia en el caso de tratarse de derivaciones y también datos propios, obtenidos en el momento del ingreso, luego se agregaban datos sobre la evolución y permanencia. No obstante no encontramos diagnósticos médico-psiquiátricos, sí referencias dispersas y registros bioquímicos y odontológicos, es decir, datos de carácter exploratorio y ocasional. La mayoría de los registros médicos son descriptivos de la situación en la que encuentran a la ingresante, suelen agregar datos de procedencia y datos médicos como craneometrías y antecedentes de salud, referencias sanitarias sobre la familia, etc. Se presupone muchas veces el diagnóstico de la mujer, a veces figura como una anotación secundaria, en lápiz, en un margen de la carpeta, como se puede observar en las imágenes que presentamos abajo, es decir, encontramos datos no psiquiátricos a pesar de constituir el fundamento que habilita la internación de estas personas.

El término “anamnesis” es significativo en cuanto al pasado pero también en cuanto a lo porvenir. Es una recopilación de datos y una planificación general realizada en base a modelos que permiten anticipar planes o programas, en este caso, de tratamiento con fines terapéuticos (se entiende que las ingresadas pueden mejorar, curarse), según sus antecedentes o un cuadro de situación de enfermedad y de antecedentes familiares.

El diseño de este boletín es común a todas las mujeres, presenta una indagatoria bajo formas de preguntas sobre las mujeres que ingresan y sus familias.

El formato del boletín contiene 84 preguntas preimpresas divididas en tres partes, A (38 preguntas), B (18 preguntas) y C (28 preguntas). La primera parte indaga sobre el entorno y contexto familiar, la segunda sobre la enfermedad y la tercera sobre el rendimiento intelectual y desempeño lúdico.

En cuanto a sus características, encontramos que sobresale no solamente la cantidad de preguntas que se realizan sino también la manera de preguntar. Es un interrogatorio común, no presenta diferencias entre el boletín anamnésico de hombres y mujeres, lo femenino no se representa en ningún enunciado, tampoco la edad. El boletín interroga por igual a mujeres y hombres, niñas y niños.

El tipo de preguntas confronta dos espacios: la institución que interroga, representada en la figura del médico, y la interrogada. Necesariamente hay una tensión en aumento a medida que se suceden las preguntas: indaga sobre familia, antecedentes, enfermedades, accidentes, operaciones, aspectos físicos y mentales, actitudes, conocimientos, tipo y nivel de instrucción, carácter, sentimientos, impulsos. Las preguntas vinculan el orden biológico con el moral, bajo el ítem de la debilidad mental congénita, la sordomudez para lo biológico, y la histeria, el alcoholismo, la consanguinidad, además el orden policial bajo el ítem de la delincuencia y del suicidio en lo que respecta a los antecedentes de la mujer o niña.

También, el boletín pregunta sobre nacimiento, tamaño y formación craneana, desarrollo físico acorde con la edad, las fontanelas, alimentación, golpes, maltrato, dentadura, época en que caminó y habló, enfermedades, convulsiones, babas, uso del baño, hasta que se hace la pregunta, en la sección B, sobre la alienación (40) “¿En qué signo se ha reconocido la invalidez mental?”, es la pregunta específica que indaga sobre la causa que motivó la internación, la invalidez mental, como referencia muy amplia a la enfermedad. Luego prosigue con preguntas sobre vacunas, enfermedades, alcoholismo, narcóticos, aspecto de orejas, oídos, cantidad de dedos en manos y pies, delirios, grado de debilidad intelectual, ideas que lo dominan, etc. Este segmento tensiona dos discursos: el de la debilidad mental o idiotez con el de antecedentes familiares, bajo un orden causal como puede ser la enfermedad de la madre, o el alcoholismo, el maltrato. Los signos visibles que facilitarían el diagnóstico son elementos dispersos o hasta mítico como el “aspecto de las orejas; oído; aspecto de la nariz” (46), el sexto dedo de la mano o del pie “u otras deformaciones” (48).

Así, el interrogatorio construye la alienación, bajo una herencia determinista que asocia la constitución física con la moralidad delincinencial y las clases sociales preferentemente bajas, como afirma Requiere (2010) sobre Alienadas –lugar de procedencia de muchas de las mujeres derivadas a Torres- “las diferencias entre las enfermas no se debían solo a la patología, sino también a su clase social” (p. 6).

La sección C indaga sobre su carácter e intelecto: tiempo de instrucción, edad en la que comenzó a leer, grado de comprensión, reconocimiento de cosas y números, canto, tipo de discurso, grado de sociabilidad, afectividad, impulsos, etc. Este criterio permitiría encontrar que las personas internadas poseen recursos para asistir a la escuela, leer, comprender preguntas, conocer, formas, números, cantar o ejecutar instrumentos, etc., hechos que cuestionarían la propia internación.

La constitución de la escena comunicativa en cuanto a la interrelación de los sujetos plantea la procedencia de la fuente de información, quién informa, cómo construyen la credibilidad que fundamenta la internación. Este aspecto debió presentar problemas porque están vacíos o con pocos datos. El interrogador/inquisidor es el médico, la palabra más legitimada que ostenta un saber en la institución asilar. Su palabra relaciona la tópica de la salud física con la de salud mental en una enunciación o modalidad que recuerda el régimen inquisitorial y policial. Se manifiestan tres poderes, el médico, el psiquiátrico y el policial ligados de base inquisitorial. La palabra enunciada por la institución hace que el discurso médico oriente la indagación sobre enfermedades hacia el discurso policial a través del recorrido sobre familiares con predisposición delincinencial, legitimidad o ilegitimidad de la familia, posición social, etc., fenómeno reforzado por el carácter interlocutivo de la pregunta: despersonalizada, generalizada, impositiva y exagerada. También, el interrogatorio es una técnica que procede de la confesión ejercida por la palabra altamente acreditada por quien ejerce el saber médico en la institución. La palabra de las mujeres no tiene valor, el interrogatorio queda encerrado en su propio fundamento, se las interna de todos modos. Esa indagación *preconstruye* la imagen de la persona que se interna.

Foucault (2014) establece el interrogatorio como marca del saber dentro del asilo: “la presentación del enfermo en el marco de una puesta en escena en la que su interrogatorio (...) actúa en el doble registro de examinador del paciente y educador de los alumnos” (p. 219).

El interrogatorio garantiza que la palabra médica sea escuchada, que el médico muestre su saber ante el paciente y los alumnos y que el enfermo despliegue su realidad de enfermo como tal (p. 320). Como género discursivo, tiene valor en su escenificación o puesta en escena ante un público de estudiantes, enfermeros, colaboradores y el propio sujeto examinado, digno de ser internado. El interrogatorio deja en evidencia el saber médico institucional que realiza como actividad discursiva impositiva ante un auditorio múltiple constituido. En ese interrogatorio el médico justifica el carácter coercitivo de la institución estatal.

Este ordenamiento permite observar términos diversos de léxicos procedentes de paradigmas médicos, psiquiátricos y policial-criminológicos que convergen en la institución y que conforman un interdiscurso, en el sentido de que su constitución multiforme (Charaudeau y Maingueneau, 2005) que necesita internar, interrogar, fotografiar para “ingresar” alienadas, inhabilita o atenta contra un paradigma posible, de la externación, es decir, en la configuración de los discursos se realizan controles u ordenamientos del tipo herencia, degeneración o destino de manera de trazar un recorrido institucional. En las preguntas del grupo A se despliega la idea de enfermedad procedente del grupo familiar como tuberculosis o sífilis (19), alienación heredada por parientes nerviosos, histéricos, epilépticos, alcohólicos, sordomudos, tuberculosis –nuevamente, señal de la importancia de la enfermedad para la época-, cáncer, suicidas o delincuentes (15). Se indaga sobre la consanguinidad en dos ítems (11 y 12) y si están sanos o enfermos. Una preocupación para el boletín es el talento familiar (20), es decir, también se hereda la genialidad. En estos ítems, por señalar algunos, encontramos el entrecruzamiento de los paradigmas señalados, la salud o enfermedad a través de tuberculosis o cáncer, la idiotez o debilidad mental y la emoción o trauma y la genialidad y la delincuencia.

La palabra del alienado/a tiene un sentido relacionado con la historia clínica, es su portavoz, de la alienación, de la imbecilidad. Esa palabra es autorizada en tanto fundamenta lo asilar pero como palabra propia está desvaluada, no es escuchada aunque pueda hablar, no es registrada, no es atendida. Se produce así una *hendidura* del discurso en la confrontación de la deixis de la alienación: la presión institucional, el afán de controlar produce una palabra negada, el vacío del discurso. El diagnóstico demuestra, además, dos registros médicos, el

psiquiátrico y el físico, que confluyen en el saber del interrogador. ¿Se trata de una verdadera historia clínica o nosológica en el sentido de la descripción y clasificación de los síntomas de la “enfermedad” para llegar a un diagnóstico?

El repertorio tópico del boletín organiza lo decible (Angenot, 2010) bajo formas de interrogación de la hegemonía del discurso médico de la época. Lo decible de la época son *interrogatorios* formulados por médicos sobre datos que se justifican en sí mismos como espacios de saber médico y poder psiquiátrico. La persona interrogada es internada, tiene sentido institucional. Su diagnóstico es común a todos: retardados, lo que lo hace un sujeto más que ingresa como justificación de sustento institucional: *el asilo los necesita como fundamento institucional*.

El boletín correspondiente a Josefa Dellagiovanna no tiene demasiado texto. Presenta dos comentarios sobre de hermanos y hermanas, siete, y aclara que dos están afectados de la misma enfermedad: idiotez simple. Otra información dice que los datos de Josefa proceden del hospital de alienadas. Dichos datos consisten en los nombres de los padres y que es hija legítima. ¿Cuál es la desviación a la norma? ¿Cómo se constituye el concepto de alienada? ¿Cuál es el límite para su construcción? La alienada está *preconstruida* por el discurso social médico de la época, específicamente, por el poder psiquiátrico, que la necesita para fundar su propia existencia. Si bien cada época establece modos legítimos de argumentar y de narrar en virtud de su ideología, en estos casos encontramos que las mujeres ingresadas no acceden a esta situación.

En cuanto a los sujetos interrogados por el boletín produce impacto el tratamiento que les da en él. Las regularidades discursivas de la época (Angenot, 2010) permiten la observación de un rasgo recurrente que sobresale y es que está dirigido a niños, explícitamente dice “niño” y otros de manera de organizar ocurrencias léxicas a partir del ítem varón. Se mencionan abajo los enunciados con estas referencias. Los enunciados 2, 8, 16, 23, 25, 27, 29, 41, 42, 52, 56, 71, 77, 79, 80, 81 aluden explícitamente a niño o enfermo u otros o suponen un sujeto niño a través de adjetivos complementarios como afectuoso o atento, caprichoso, distraído (preguntas 77 y 79). Hay además una serie de acontecimientos referidos a ese sujeto niño. Ese sujeto niño es considerado un enfermo por el dispositivo

discursivo. Es decir, la misma indagación construye un sujeto ya diagnosticado, como puede verse de entrada en Josefa: un poco idiota, leve.

En el boletín anamnésico hay preguntas que indagan por los síntomas de enfermedad psíquica “debilidad mental de manera insistente. A veces, ese origen espera vincularse con lo físico (mala formación, antecedentes de los padres, dimensiones de la cabeza) o a veces con lo emocional (genialidad o imbecilidad de los padres, o emociones). También pregunta por los primeros síntomas, es decir, la enfermedad del niño ya está constituida o hay signos, en el sentido de indicios (Ginzburg, 2008) desde el pasado. Al respecto Foucault (2014) afirma que a partir de la idiotez o imbecilidad infantil se produce su psiquiatrización “y a partir de ello se produce la generalización del poder psiquiátrico (p. 232) en tanto “la idiotez era una enfermedad más fácil de comprobar en los niños; la demencia, en cambio, pese a ser una enfermedad muy semejante en su contenido, sólo se produciría a partir de cierta edad” (p. 234) aunque la idiotez fuera considerada una especie de demencia en el siglo XIX. De esta realidad dan cuenta los cuadros nosológicos de los asilos.

El sector B plantea cuestiones referidas a la salud, lógicamente según las pautas de la época. Esta indagatoria está presente en la última sección A, se desarrolla en B y algunos interrogantes pasan al C. Así, la sucesión de interrogantes son indicadores de la posible causa de la enfermedad. Se habla de la enfermedad hasta que en la pregunta 40 se la menciona como “invalidez mental”, lo que justifica o argumenta la necesidad de la internación, si establecemos que cada época establece, a partir de las reglas hegemónicas, los modos de argumentar y de narrar (Angenot, 2010).

Quedan configuradas dos escenas discursivas, opuestas y tensionadas: un aspecto de la escena presenta el boletín con sus interrogantes, que es la representación de la institución, o, lo que pertenece al mismo campo discursivo, la medicina, la psiquiatría, la salud; el otro lado de la escena aparecen unos pocos enunciados, anónimos, ilustrativos de las inquietudes del boletín, es decir, fundamentan la internación y permanencia institucional, y en algunos casos hasta el vacío. Suelen ser firmados por el médico que autorizó el ingreso. El discurso médico procuró otro discurso, que lo legitimó, le permitió el ingreso, cedió al paciente. El mismo orden del discurso autoriza a que esa persona sea internada y se configure otro discurso en torno de ella.

El llanto, el grito, el silencio se manifiestan en la institución como elementos-signos (Ginzburg, 2008) que constituyen la deixis con la que las mujeres hacen tensión a la pauta médico-psiquiátrica de la época. El llanto como signo de resistencia y horror al miedo institucional queda reflejado por el propio discurso médico que la excluye primero en Alienadas y luego en Torres.

Sabemos, a partir de fuentes como de Lellis y Rossetto (2009) ya mencionada, que la laborterapia formaba parte del tratamiento o de la cura de las personas institucionalizadas en Torres: la idiotez, la locura, la enfermedad mental son transformados en servicios para el estado como colchoneros, costureros, recolectores, sembradores, limpieza, cocineros (de Lellis y Rossetto, 2009); las personas internadas en la institución pasan a ser proveedores, no provistos, o mejor, constituyen una nueva fuerza de trabajo con alta capacidad física de gran rendimiento, bajo el capitalismo, se convierten en mercancía, no son obrero, son esclavos. Así, se asignaba a las mujeres y niñas que ingresaban a Torres el diagnóstico de retrasadas mentales o idiotas pero, no obstante, eran mano de obra disponible para todo tipo de tareas.

3. Conclusiones

Las imágenes y los boletines que hemos presentado son terribles, nos acercan al horror y hasta se pueden comparar con verdaderos campos de concentración. Es inaceptable e incomprensible que los diferentes poderes políticos hayan generado dispositivos de esta clase, verdaderos espacios de privación de libertad y de humanidad y que aún existan instituciones de esta clase.

Es notable la temprana edad de las mujeres internadas, son niñas en muchos casos, que se separan de sus familias y permanecen, muchas de ellas, toda la vida en la institución. Frente a esto entendemos que la internación psiquiátrica resultó ser un fenómeno de cierta frecuencia en la sociedad de principios de siglo XX al que muchas mujeres y niñas se vieron sometidas.

También creemos que no hay otros espacios institucionales, muchas veces, a los que las personas pudieran recurrir en 1915 para hacer frente a enfermedades de carácter psíquico o social. Eran necesariamente internadas para sus tratamientos pero también muchas mujeres

egresaban de la institución. A partir de la muerte de Cabred en 1929, la institución pasó a ser un espacio de miseria y hacinamiento, como había sucedido en las otras instituciones.

Se hace manifiesto el poder médico-psiquiátrico-institucional a partir de los géneros que constituyen un interrogatorio de carácter policial e inquisitorial al que se somete a las mujeres. Estas mujeres no tienen derecho a nada, tampoco a la palabra. El trato que reciben es inhumano, ninguna de las preguntas del interrogatorio tiene sentido de curación o tratamiento sino que justifican el poder del médico institucional.

A partir del interrogatorio encontramos que las preguntas eran iguales para niñas, niños, hombres y mujeres, es decir, el dispositivo iguala a los interlocutores, los anula, no permite su individualización.

A su vez, resulta aparentemente paradójal que el dispositivo enunciativo para el ingreso de enfermos mentales interroga sobre cuestiones sociales y familiares de las personas en vez de hacerlo sobre síntomas o signos de la enfermedad, a la que apenas le dedica algunas preguntas.

También el poder médico institucional se manifiesta en los géneros fotográficos con gran evidencia. Otro lugar de construcción de poder es la misma escena fotográfica, escena de opresión institucional y de rechazo femenino.

La toma de la fotografía está mecanizada en el sentido de automatizada. No se considera la individualidad de quien se expone a la cámara y, a veces, es forzada. En otros casos hay indiferencia, en otros hay obediencia a la indicación de posar para la imagen.

La enfermedad mental no puede ser retratada, en su lugar las imágenes muestran pobreza, abandono, soledad, miedo, resistencia, rechazo, odio, hacinamiento, mal trato, violencia. La obsesión médica por la fotografía de carácter psiquiátrico expresa la perspectiva de los especialistas como monstruos deshumanizados.

La fotografía institucional de la clase que hemos visto construye la escena del discurso científico, el médico, muestra lo observable, la demostración de los juicios, el estado de una enfermedad que genera ese modelo de sujeto, los contextos de la enfermedad que no hacen más que justificar la práctica médica institucional en sí misma.

4. Bibliografía

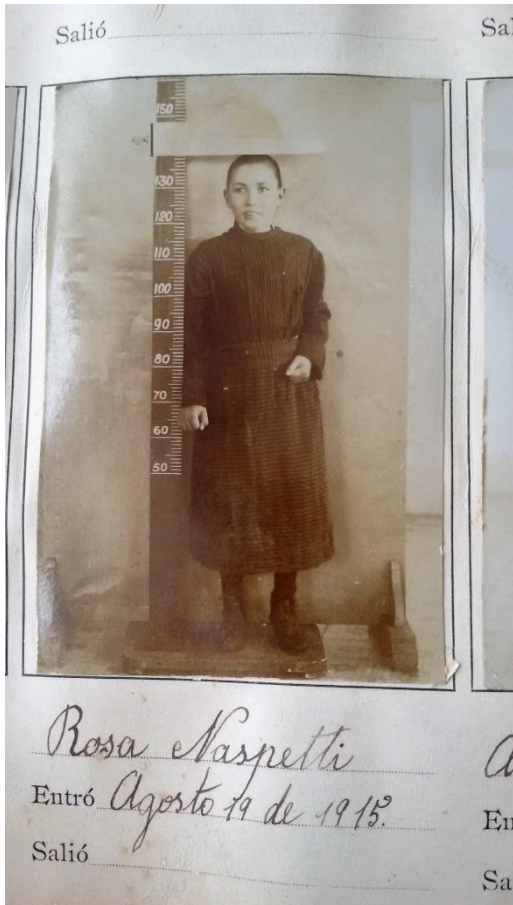
- Angenot, M. (2010) *El discurso social*. Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Arnoux, E. Narvaja de (2006) *Análisis del discurso. Modos de abordar materiales de archivo*. Buenos Aires: Santiago Arco.
- Bajtin, M. (1985) "El problema de los géneros discursivos" en *Estética de la creación verbal*. México: Siglo XXI.
- Balzano, S. (2007) Cuando las disciplinas de la norma legitiman la (norma)lidad: de "buenas y malas conductas y descompensaciones" en la Colonia Montes de Oca (provincia de Buenos Aires). *Intersecciones en Antropología*.
- Bayón, S. (2000) "Las locas de Buenos Aires (1880-1930). Un acercamiento a las prácticas manicomiales en Argentina, en Moreno, J. L. (comp.) *La política social antes de la política social*. Buenos Aires: Prometeo.
- Benveniste, E. (1989) *Problemas de lingüística general II*. México: Siglo XXI. Tomo 2.
- Charaudeau, P. y Maingueneau, D. (2005) *Diccionario de análisis del discurso*. Buenos Aires: Amorrortu.
- de la Prieta Miralles, V. (2002) La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos. *Panace@*. Vol.3, n° 8.
- de Lellis, M. y Rossetto, J. (2009) Cien años después: transformaciones de una institución asilar en la República Argentina en *Ea*, Vol. N° 1 (Agosto 2009).
- Ducrot, O. (1984) *El decir y lo dicho*. Buenos Aires: Hachette.
- Falcone, R. (2011). Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina. Del hospital cerrado al hospital abierto. En:
http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf
- Foucault, M. (2014). *El poder Psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2016) La constitución histórica de la locura en *Enfermedad mental y psicología*. Buenos Aires: Paidós.
- Ginzburg, C. (2008) *Mitos, emblemas, indicios. Morfología e historia*. Barcelona: Gedisa.
- Grigoriadou, E. (2014) La fotografía y la escritura documental del archivo institucional. Universidad de Barcelona. Disponible en *Escritura e imagen* Vol. 10 (2014): 77-96.

- Lellis, M. de y Rosetto, J. (2009) Cien años después: Transformaciones de una institución asilar en la República Argentina. *Ea*, Vol. 1, N° 1 Agosto 2009.
- Leyton Robinson, C. y Díaz Caballero, A. (2007). La fotografía como documento de análisis, cuerpo y medicina: teoría, método y crítica – la experiencia del Museo Nacional de Medicina Enrique Laval. *Imagens*. V. 14, n. 3, p. 991-1012, jul-sep. 2007.
- Maingueneau, D. (2009) *Análisis de textos de comunicación*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maingueneau, D. y Charaudeau, P. (2005). *Diccionario de análisis del discurso*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marquiegui, D. (2012) “Un final no buscado: Los inmigrantes europeos entre la frustración del proyecto migratorio, el control estatal y la locura. Un acercamiento desde los libros de la colonia de alienados de Open Door (Inicios del siglo XX).”, *Claroscuro. Revistas del Centro de Estudios sobre Diversidad Cultural* 11: pp. 149-174.
- Marquiegui, D. (2014) El concepto de alienado desde la historia y los registros de la colonia nacional de alienados de Open Door, 1901-1930. Rosario: UCA.
- Navarlaz, V., Jardon, M. (2010) Los diagnósticos y las historias clínicas de mujeres en los hospicios de Buenos Aires entre 1900 y 1930. Facultad de Psicología – UBA /Secretaría de Investigaciones/Anuario de Investigaciones/Volumen XVII.
- Requiere, M. (2010) Algunas consideraciones sobre la política manicomial en Buenos Aires: el caso del Asilo Nacional de Alienadas 1880-1930, en *Temas de la historia de la psiquiatría argentina*, 30, primavera 2010.

Anexos

Imagen 1: Rosa Naspetti, Libro Sección Mujeres, 5 de agosto de 1915.

Imagen 2: boletín anamnésico de Rosa Naspetti.



DEJAR IDIOMAS SIEMPRE PESO... 23 KILOS
ESTATURA 1.35 METROS

Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados
ESTACION TORRES (F. C. C. B. A.)
Lujan (Provincia de Buenos Aires)

BOLETIN ANAMNESICO
HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADOS.

A

- Nombre y Apellido. ROSA NASPETTI.-
- Lugar y fecha precisa del nacimiento del niño. Argentina 11 años de edad.-
- ¿Cuántos hermanos tiene? Son de más edad o más jóvenes? Dos; un varón y una mujer.-
- Estado de salud de los mismos. Sano.-
- ¿Cuántos hermanos y hermanas han muerto, y de qué? _____
- ¿Es hijo legítimo o ilegítimo? _____
- Nombre y apellido del padre y de la madre; nacionalidad de los mismos. Ciriacos Naspetti y Carmen Recan-
glatta.-
- Posición social y domicilio de los padres, o personas que hayan cuidado del niño, con indicación del sitio adonde debe ser éste enviado en caso de devolución a la familia. ¿Quién puede, en caso de necesidad dar informes suficientes acerca del enfermo y de su familia? Ingresó al Asilo el día 19 de Agosto de 1915, cuyos datos y antecedentes que figuran en el presente boletín, son recopilados del boletín del Hospital Nacional de Alienados, lugar de procedencia de la misma.-
- Fecha del matrimonio de los padres. _____
- Fecha de la muerte de los mismos. _____
- Grado de parentesco entre los padres. _____
- ¿Ha habido matrimonio consanguíneo, y en qué grado, en la línea materna o paterna? _____
- ¿Están sanos o enfermos los padres? Padre alcoholista.-
- Lugar de su domicilio. ¿Es sana la vivienda? _____
- ¿Tiene en su familia personas alienadas: nerviosas, histéricas, epilépticas, alcohólicas, apopléticas, predispuestas a convulsiones cerebrales, sordo-mudas, cancerosas, tuberculosas, suicidas, delirantes? Omganita.-
- ¿Puede considerarse la debilidad mental del niño, congénita o adquirida? Degenerada y retardada.-
- ¿En qué dato se apoya esta afirmación? _____
- ¿Se funda en un examen médico del embarazo de la madre, o del estado del niño durante la primera época de su vida? _____