

*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 en los boletines anamnésicos*

Bernhardt, Florencia/ Universidad Nacional de Luján; Universidad de Buenos Aires  
[fmebernhardt@hotmail.com](mailto:fmebernhardt@hotmail.com)

Eje MT: 24 Patrimonio cultural y discurso; familia, mujer e identidad de género

Palabras clave institución asilar, boletín anamnésico, signo, deixis.

En la segunda época del siglo XIX, el Estado Nacional construyó asilos manicomiales en los que internó personas en un ejercicio de control social, tratamiento psiquiátrico y otros: el diferente, el pobre, el desviado o anormal era excluido en el asilo, generalmente dirigido por organizaciones benéficas, de carácter asistencialista y religioso (Bayón, 2000). Así, en 1854 la Sociedad de Beneficencia creó el primer hospicio de mujeres, el Hospital de Alienadas, que alojó aproximadamente a 1400 mujeres hacia principios de siglo XX. 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)*

En alguna medida, el asilo reemplazó a la cárcel: se transformó en un espacio de hacinamiento y de maltrato, destino de todas estas instituciones a lo largo del siglo XX. El dispositivo psiquiátrico nacional transformó a las personas con problemas psiquiátricos, familiares o sociales en un sujeto alienado, agresivo, peligroso y enfermo. Señala Bayón en “Las locas de Buenos Aires” que a partir de 1880 “la locura fue vista como un desorden moral” (p. 9). No obstante, la pobreza, la conflictividad, la explotación laboral afectaba especialmente la situación de las mujeres, que empeoraba a causa de los sometimientos tanto familiares como sociales, en las poblaciones locales y de inmigrantes, es decir, atravesaban diariamente situaciones cercanas a la alienación.

Por otro lado, la situación de las internadas en el Hospital de Alienadas, actual Moyano, tenía 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, anexo de Alienadas, el de Oliva en Córdoba y la Colonia de Torres.

El Dr. Cabred creó las Colonias de Open Door y de Torres basado en las teorías de puertas abiertas como único tratamiento. 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, en Luján.

El historiador Marquiegui en “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:

*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)*

En 1915 se habilitó la internación de mujeres y niñas en el asilo colonia Montes de Oca. Muchas procedían del Hospital Nacional de Alienadas, superpoblado hacia principios de siglo 20, con necesidades importantes de derivación (Requiere, 2010). En el ingreso al asilo se constituía una ficha de ingreso o boletín anamnésico, que incluía datos de la institución de procedencia y datos propios, género discursivo (Bajtin, 1985) objeto de nuestro estudio. Es el inicio de la historia clínica de las pacientes. Posteriormente se agregaban datos sobre la evolución y permanencia. En ellos no encontramos diagnósticos médico-psiquiátricos, con excepción de algunas referencias dispersas. La mayoría de los registros son descriptivos de la situación en la que encuentran a la ingresante y antecedentes de salud, referencias sanitarias sobre la familia, etc. Muchas veces el diagnóstico de la mujer está presupuesto, a veces figura como una anotación secundaria, en lápiz, en un margen de la carpeta, es decir, encontramos ausencia de datos o datos no psiquiátricos a pesar de constituir el fundamento de la internación.

El término “anamnesis” es significativo en cuanto al pasado pero también en cuanto a lo porvenir. García Sierra dice que es un término acuñado por Platón

*anamnesis = recuerdo, en el contexto de «el saber como un recordar» o como «diálogo del alma consigo misma») se toma, por el materialismo filosófico, incorporando también el sentido epicúreo, correlativo a prolepsis («anticipación», «proyecto», «programa», «plan»). Anamnesis nos remite a la presencia de formas o modelos ya realizados (pretéritos, en este sentido) en la medida en que sólo a partir de ellos podemos entender la constitución de las prólepsis (planes o programas)*  
<http://www.filosofia.org/filomat/df233.htm>

El boletín permitiría la realización de una planificación general realizada en base a modelos con fines anticipatorios (prolepsis) de planes o programas terapéuticos, en este caso, el tratamiento terapéutico a partir de sus antecedentes propios y familiares o un cuadro de situación de enfermedad (analepsis). El formato contiene 84 preguntas preimpresas divididas en tres partes. 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, si bien algunas preguntas podrían pertenecer a alguno de los otros campos.

No hay diferencias entre el boletín de hombres y de mujeres, ni entre edades. Encontramos en un boletín que Victorina Pavón cumple sus funciones menstruales, única representación de lo femenino que no está consignada, es decir, la única referencia a lo específicamente femenino es aleatoria.

Las preguntas representan a la institución bajo la figura del médico, y a la interrogada, que responde? Necesariamente hay una tensión creciente a medida que avanzan las preguntas, que no dejan espacio sin cubrir: antecedentes familiares, parentesco, enfermedades, accidentes, operaciones, aspectos físicos y mentales, actitudes, conocimientos, tipo y nivel de instrucción, carácter, sentimientos, impulsos. Estas preguntas ponen en relación *el orden biológico y el moral*, bajo la tónica de la debilidad mental congénita y la sordomudez para lo biológico, y la histeria y el alcoholismo como desórdenes morales, aprendidos en el marco de la familia y a su vez, heredados con el ítem de la consanguinidad. Otra tónica relaciona lo mismo con el orden policial bajo la tónica de la delincuencia y del suicidio en lo que respecta a los antecedentes de las mujeres.

Otras preguntas se refieren al parto, formación craneana y tamaño grande, mediano o pequeño de la cabeza, desarrollo físico acorde con la edad, las fontanelas, golpes, maltrato, dentadura, época en que caminó y habló, enfermedades, convulsiones, babas, uso del baño, hasta la pregunta, en la sección B, sobre la alienación (40) “¿En qué signo se ha reconocido la invalidez mental?” la pregunta justificativa de la internación, no obstante, la indagatoria se realizó bajo las tópicos de la criminalidad y la moral, es decir, el resultado o diagnóstico, si lo hubiera, *procede de imaginarios ajenos a lo psiquiátrico*. Hay un entramado de dos discursos: el discurso de la debilidad mental o idiotez por un lado, y el discurso de los antecedentes familiares por otro, vinculados por un orden causal como puede ser la enfermedad de la madre, o el alcoholismo, el maltrato, a su vez asociados a lo criminal. Los índices (Guinsburg, 2008) de la alienación son signos dispersos de variadas unidades léxicas que dan cuenta de un diagnóstico que obedece al dispositivo enunciativo (Arnoux, 2006) de la psiquiatría con representaciones de la época que observa el “aspecto de las orejas; oído; aspecto de la nariz”, el sexto dedo de la mano o del pie “u otras deformaciones” (recordemos los otogramas de Bertillon para su tabla criminológica). Dos comentarios más: el interdiscurso de la alienación se constituye por rasgos diversos o índices que no se encuentran con facilidad en un conjunto constituido por lo biológico, lo moral, lo policial y lo criminal. Esta construcción reposa en un solo índice explícito, como dice la pregunta: ¿cuál es ese signo? ¿Qué pone en escena la dificultad del reconocimiento del signo?

Así, las preguntas caracterizan el contexto en el que se construye la alienación, con procedencia de una herencia determinista en la constitución física asociada a una moralidad delincencial y a clases sociales preferentemente bajas, como lo confirma Marisa Requiere (2010) refiriéndose a la distribución de los pabellones del Hospital de Alienadas –lugar de procedencia- en diferentes categorías según una combinación de patologías y clases sociales “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, atención y reconocimiento de cosas y números y valores, música y canto, tipo de discurso, expresión de deseos, tipo de sonidos, carácter, grado de sociabilidad, afectividad, impulsos, etc. Este último criterio es signo de que las

mujeres asiladas *poseen recursos intelectuales* como leer, comprender preguntas, conocer la materialidad de los objetos, colores, números, el valor del dinero, cantar o ejecutar instrumentos, expresar deseos, manifestar destrezas en ciertos trabajos, etc., lo que cuestionaría, nuevamente, la internación misma.

Una característica extraordinaria que presentan estos interrogatorios en cuanto a su situación comunicativa es la interrelación de sujetos: ¿de dónde procede la información, quién informa y cómo se fundamenta la internación? Este aspecto, evidentemente debió presentar problemas porque la mayoría de los boletines que observamos están notablemente vacíos o con pocos datos. La figura del médico interrogador constituye la escena de la palabra más legitimada que ostenta el saber en una institución asilar. Su palabra relaciona un repertorio semántico de salud física con otro de salud mental, además del régimen policial al que es sometida la persona interrogada. Ese dispositivo ostenta tres poderes: *el médico*, *el psiquiátrico* y *el policial* ligados de base inquisitorial. El dispositivo institucional presenta el triple carácter de las enfermedades, con el discurso moral y el policial en tanto pregunta sobre familiares con predisposición a la delincuencia, la 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.

En *El poder psiquiátrico* (2014) Foucault explica que uno de los elementos a través del cual el médico se atribuye las marcas del saber dentro del asilo es el interrogatorio: “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 (Bajtin, 1985), tiene valor en su escenificación o puesta en escena ante un público de estudiantes, enfermeros, colaboradores y el propio sujeto examinado/asilado: el acto justifica el carácter coercitivo de la institución estatal. La grandilocuencia de la interrogación en esa situación de dominación médica con modalidad enfática y autoritaria frente a una mujer sometida, no deja espacio para una respuesta. El

interrogatorio deja en evidencia el saber médico social e institucional como actividad discursiva impositiva, policial e inquisitorial ante mujeres sospechadas antes que diagnosticadas. Del otro lado de la escena, el boletín anamnésico muestra una palabra insuficiente, parcialmente registrada, y que no dice nada. Es el lugar de la mala vida y moral, de la criminalidad, la idiotez o la locura que justifica la separación social en el asilo.

Este ordenamiento de los temas en las tres partes señaladas de entorno, enfermedad y desempeño, distribuye diversos términos lexicales 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); 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, 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. También se indaga sobre la consanguinidad en dos ítems y enfermedades. Una preocupación, por ejemplo, es el talento familiar, es decir, también se hereda la genialidad. En estos ítems, encontramos índices de un entrecruzamiento que hace ingresar al mismo paradigma la tuberculosis, el cáncer, la idiotez, debilidad mental y la emoción, trauma, la genialidad y la delincuencia. Así, las mujeres son internadas a través de un procedimiento impositivo que regula el discurso médico de la época (Foucault, 2002). El hecho de internarlas es la constatación de la adecuación social del discurso.

En los boletines se controla lo que puede ser dicho entre quienes ocupan cada espacio. Pero la palabra alienada tiene un sentido que debería surgir de la historia clínica de la mujer como portadora de la locura, alienación o imbecilidad. Esa palabra está autorizada a ser escuchada bajo el signo de enfermedad psiquiátrica por la institución médico-psiquiátrica criminal que la regula y busca su origen o causa en la obsesiva indagación, pero encontramos que no hay palabra, no solamente porque está desvaluada: más allá de que pueda ser dicha o hablada, la palabra de las mujeres no es registrada, no es oída. Se produce así una *hendidura* del discurso, es la confrontación de la deixis de la alienación: la presión institucional, el afán de controlar

produce una palabra negada, el vacío del discurso. El caso más paradójico es aquel en el que nadie responde o no se escribe nada sobre la persona a la que se indaga. Así, hay boletines vacíos, a veces con ligeras inscripciones en los márgenes: en el boletín de Josefa Antonia dice “idiotez simple epiléptica” en el margen superior derecho, con lápiz, manuscrito. 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 realizar un diagnóstico? Evidentemente no hay ni discurso nosológico ni discurso anatomopatológico aunque en el formulario del interrogatorio se entiende que los registros buscan hacer los correlatos entre uno y otro. A partir de Foucault (2014) encontramos que la psiquiatría asilar “se desarrollaba al abrigo de esos dos discursos, pero no se valía jamás de ellos o sólo lo hacía por referencia, mediante un sistema de remisiones y, en cierto modo, de fijación” (p. 159). El repertorio tópico del boletín da cuenta de las preguntas que organizan *lo decible institucional* (Angenot, 2010) bajo formas de interrogación de la hegemonía del discurso médico de la época. Lo decible de la época son *interrogatorios* que se justifican en sí mismos como espacios de saber médico y poder psiquiátrico.

Las mujeres interrogadas son la justificación que da sustento institucional: el asilo las necesita como fundamento institucional. ¿A quién se habla en la institución? La respuesta por el interlocutor es complicada porque su identidad como sujeto es inexistente: ese cuestionario podría ser respondido por la propia persona si tuviera esos datos o cualquier otro funcional al interrogatorio. El boletín, como señalamos, *no es interpelativo sino indagador*. Y en esa propia indagación construye una imagen de la persona que se interna. Sabemos a partir de Foucault (2002, 2014) que la palabra del loco, del imbecil, retardado o marginal, estuvo desacreditada o no fue escuchada en ninguna de las épocas como palabra verdadera.

Algunas mujeres eran derivadas de otras instituciones psiquiátricas, como el Asilo de Alienadas. En estos casos, la información para el boletín era suministrada por la institución de procedencia, como es el de Josefa Dellagiovanna. Evidentemente, esa información no fue suficiente ni satisfactoria para completar el boletín, que quedó incompleto, aunque Josefa pasó el resto de su vida en Torres. Es posible que otros datos hayan procedido de la familia

o parientes, en algunos casos de los propios sujetos de internación y en otros de los médicos y enfermeros que las asisten. Su boletín tiene poco texto. Presenta dos comentarios, uno se refiere a la cantidad de hermanos y hermanas, siete, y aclara que dos están afectados de la misma enfermedad, que figura al principio de la página: idiotez simple. Otra información aclara que sus datos proceden del hospital que la derivó. Dichos datos dicen los nombres de los padres y que es hija legítima. ¿Cómo se constituye, entonces, el concepto de alienada? Encontramos que en dicha 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.

Es necesario aclarar que desde la creación de la colonia, su director, el Dr. Cabred estableció el trabajo como parte del tratamiento, al que llamó laborterapia, y al que consideró “el elemento más importante e indispensable que se utiliza en el tratamiento, ya sea en carpintería, herrería, hojalatería o zapatería, colchonería, escobería, costura, imprenta y actividades de índole rural tales como horticultura, jardinería y agricultura” (Cabred, citado por Lellis y Rosetto, 2009, p. 17). Esto significa que las mujeres y los hombres que ingresaban al asilo lo hacían también en calidad de trabajadores de mano de obra barata que hasta que proporcionaban ganancias para el asilo y para el estado, pero a los que la administración del dinero no les fue adjudicada.

Otra observación: con respecto a las niñas, 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. Aluden explícitamente a niño o enfermo u otros o suponen un sujeto niño a través de adjetivos complementarios como afectuoso o atento, caprichoso, distraído. Hay 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.

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, la moral,



la buena vida; el otro lado de la escena aparecen unos pocos enunciados, anónimos, que fundamentan la internación y permanencia institucional, y en algunos casos hasta vacíos de enunciados. Suelen ser firmados por el médico que autorizó el ingreso. El discurso médico procuró otro discurso, que lo legitimó como tal y, a su vez, le permitió el ingreso a una mujer, la legitimó como paciente, pero el discurso *es* vacío. El mismo orden del discurso autoriza a que esa persona sea internada y se configure otro discurso en torno de ella. Es la repetición y lo mismo (Foucault, 2002).

## **Conclusiones**

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 tuvieron 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, quisimos reforzar la idea que encontramos en los boletines sobre la ilegitimidad de la palabra de las pacientes internadas en la institución, si bien el interrogatorio puede abrir una instancia de escucha de la propia palabra de la “alienada” que puede tener valor en su desciframiento no hace más que acentuar la línea de la separación entre la institución y la alienación. Parecería que es suficiente el ordenamiento de las preguntas antes que las respuestas de las mujeres. La grandilocuencia médica contrasta con el vacío de la hoja del lado derecho. Desconocemos los motivos que impidieron anotar las respuestas, ¿falta de información o de informantes?, ¿respuestas inválidas o innecesarias? El dispositivo

institucional no necesita las respuestas o puede prescindir de ellas. De hecho, la información que vuelcan como resultado es insuficiente y no reviste importancia ni médica ni psiquiátrica. El concepto de alienada, entonces, es necesario para justificar el accionar de la institución psiquiátrica asilar que dominó todo el siglo XX en la Argentina.

## **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.
- Bajtín, M. (1985). "El problema de los géneros discursivos" en *Estética de la creación verbal*. México: Siglo XXI.
- 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.
- Charaudeau, P. y Maingueneau, D. (2005). *Diccionario de análisis del discurso*. Buenos Aires: Amorrortu.
- De Lellis, M. y Rosetto, J. (2009). Cien años después: Transformaciones de una institución asilar en la República Argentina. *Ea*, Vol. 1, Nº 1 Agosto 2009. [www.ea-journal.com](http://www.ea-journal.com)
- Foucault, M. (2002). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets.
- Foucault, M. (2007). *El poder Psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ginzburg, C. (2008). *Mitos, emblemas, indicios. Morfología e historia*. Barcelona: Gedisa.
- Marquegui, D. (2014). El concepto de alienado desde la historia y los registros de la colonia nacional de alienados de Open Door, 1901-1930. UCA. Rosario. VI Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad.
- 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

	PESO... 37 KILOS ESTATURA 1.36 METROS
<b>DIAG: IDIOTEZ SIMPLE</b>	
<b>Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados</b>	
ESTACION TORRES (F. C. C. B. A.)	
Luján (Provincia de Buenos Aires)	
<b>BOLETIN ANAMNESICO</b>	
<u>DEL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS.-</u>	
<b>A</b>	
1—Nombre y Apellido.	JOSEFA DELLAGIOVANNA.-
2—Lugar y fecha precisa del nacimiento del niño.	Santa Rosa de Toay - 13 años.-
3—¿Cuántos hermanos tiene? Son de más edad o más jóvenes?	Tiene siete hermanos; 3 varones y cuatro mujeres.- Tiene un hermano y una hermana afectados de la misma enfermedad.
4—Estado de salud de los mismos	
5—¿Cuántos hermanos y hermanas han muerto, y de que?	
6—¿Es hijo legítimo o ilegítimo?	Legítima.-
7—Nombre y apellido del padre y de la madre; nacionalidad de los mismos	Pedro Dellagiovanna y Juana Peleri.-
8—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 y los datos y antecedentes que figuran en el presente boletín, son recopilados del boletín del Hospital Nacional de Alienadas, lugar de procedencia de la misma.-
9—Fecha del matrimonio de los padres	
10—Fecha de la muerte de los mismos	
11—Grado de parentesco entre los padres	
12—¿Ha habido matrimonio consanguíneo, y en qué grado, en la línea materna o paterna?	
13—¿Están sanos o enfermos los padres?	
14—Lugar de su domicilio. ¿Es sana la vivienda?	
15—¿Tiene en su familia personas alienadas, nerviosas, histéricas, epilépticas, alcohólicas, apopléticas, predispuestas a congestiones cerebrales, sordo-mudas, cancerosas, tuberculosas, suicidas, delincuentes?	
16—¿Puede considerarse la debilidad mental del niño, congénita o adquirida?	
17—¿En qué dato se apoya esta afirmación?	
18—¿Se funda en un examen médico del embarazo de la madre, o del estado del niño durante la primera época de su vida?	

Imagen 1: boletín anamnésico de Josefa Dellagiovanna, 19 de agosto de 1915.

# Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados

ESTACIÓN TORRES (F. C. C. B. A.)

(Luján—Provincia de Buenos Aires)

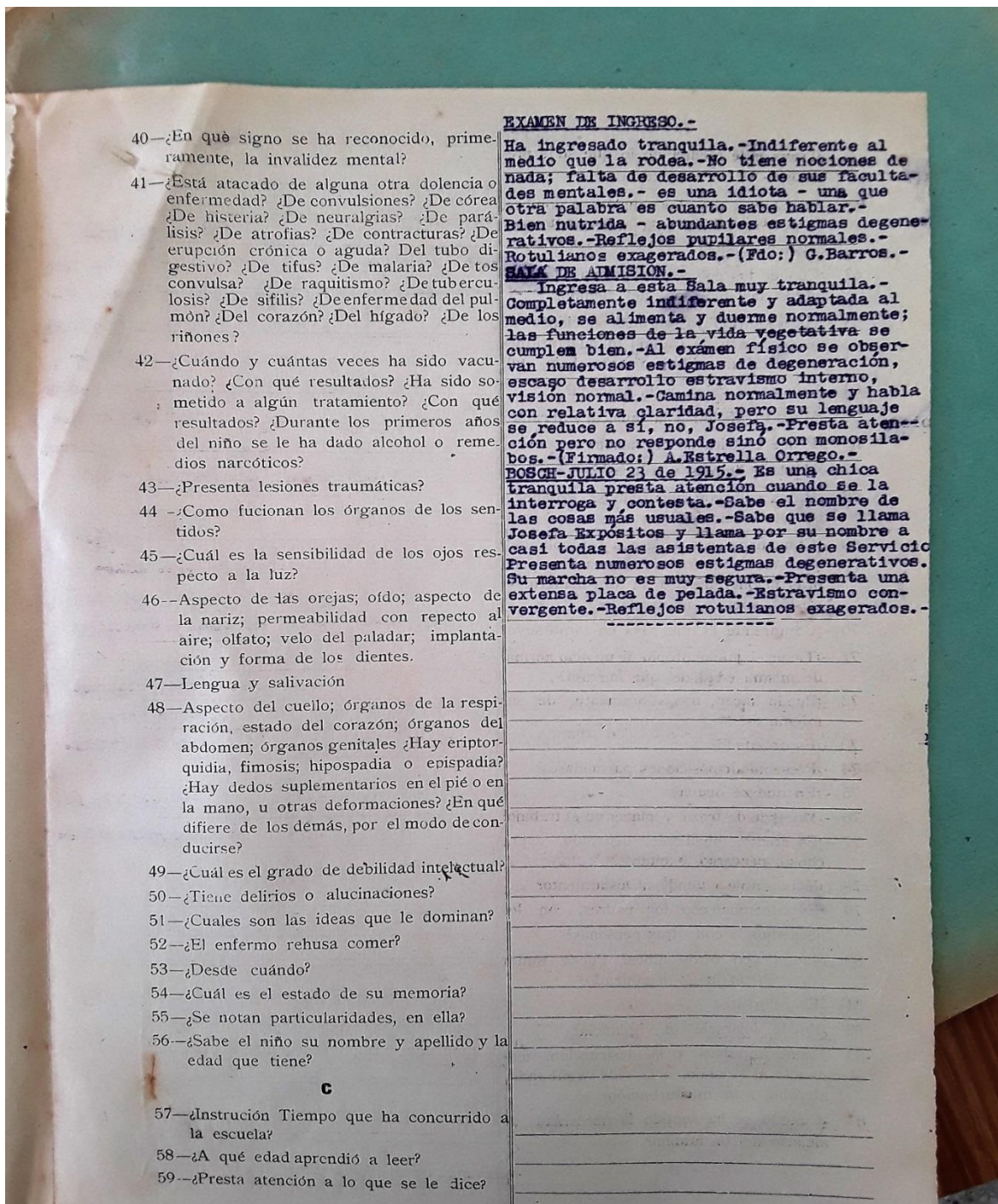
*Admitido simple  
epiléptica*

## BOLETÍN ANAMNÉSICO

A

- 1—Nombre y apellido.
- 2—Lugar y fecha precisa del nacimiento del niño.
- 3—¿Cuántos hermanos tiene? ¿Son de más edad o más jóvenes?
- 4—Estado de salud de los mismos.
- 5—¿Cuántos hermanos y hermanas han muerto, y de qué?
- 6—¿Es hijo legítimo o ilegítimo?
- 7—Nombre y apellido del padre y de la madre.
- 8—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?
- 9—Fecha del matrimonio de los padres.
- 10—Fecha de la muerte de los mismos.
- 11—Grado de parentesco entre los padres.
- 12—¿Ha habido matrimonio consanguíneo, y en qué grado, en la línea materna o paterna?
- 13—¿Están sanos o enfermos los padres?
- 14—¿Lugar de su domicilio? ¿Es sana la vivienda?
- 15—¿Tiene en su familia personas alienadas, nerviosas, histéricas, epilépticas, alcohólicas, apopléticas, predispuestas a congestiones cerebrales, sordo-mudas, cancerosas, tuberculosas, suicidas, delincuentes?
- 16—¿Puede considerarse la debilidad mental del niño, congénita o adquirida?
- 17—¿En qué dato se apoya esta afirmación?
- 18—¿Se funda en un examen médico del embarazo de la madre, o del estado del niño durante la primera época de su vida?

Imagen 2: boletín anamnésico de Josefa Antonia.



- 40—¿En qué signo se ha reconocido, primeramente, la invalidez mental?
- 41—¿Está atacado de alguna otra dolencia o enfermedad? ¿De convulsiones? ¿De córea? ¿De histeria? ¿De neuralgias? ¿De parálisis? ¿De atrofas? ¿De contracturas? ¿De erupción crónica o aguda? Del tubo digestivo? ¿De tifus? ¿De malaria? ¿De tos convulsa? ¿De raquitismo? ¿De tuberculosis? ¿De sífilis? ¿De enfermedad del pulmón? ¿Del corazón? ¿Del hígado? ¿De los riñones?
- 42—¿Cuándo y cuántas veces ha sido vacunado? ¿Con qué resultados? ¿Ha sido sometido a algún tratamiento? ¿Con qué resultados? ¿Durante los primeros años del niño se le ha dado alcohol o remedios narcóticos?
- 43—¿Presenta lesiones traumáticas?
- 44—¿Como funcionan los órganos de los sentidos?
- 45—¿Cuál es la sensibilidad de los ojos respecto a la luz?
- 46—Aspecto de las orejas; oído; aspecto de la nariz; permeabilidad con respecto al aire; olfato; velo del paladar; implantación y forma de los dientes.
- 47—Lengua y salivación
- 48—Aspecto del cuello; órganos de la respiración, estado del corazón; órganos del abdomen; órganos genitales ¿Hay eriptorquidia, fimosis; hipospadia o epispadia? ¿Hay dedos suplementarios en el pie o en la mano, u otras deformaciones? ¿En qué difiere de los demás, por el modo de conducirse?
- 49—¿Cuál es el grado de debilidad intelectual?
- 50—¿Tiene delirios o alucinaciones?
- 51—¿Cuales son las ideas que le dominan?
- 52—¿El enfermo rehusa comer?
- 53—¿Desde cuándo?
- 54—¿Cuál es el estado de su memoria?
- 55—¿Se notan particularidades, en ella?
- 56—¿Sabe el niño su nombre y apellido y la edad que tiene?
- C**
- 57—¿Instrucción Tiempo que ha concurrido a la escuela?
- 58—¿A qué edad aprendió a leer?
- 59—¿Presta atención a lo que se le dice?

EXAMEN DE INGRESO.-

Ha ingresado tranquila.-Indiferente al médico que la rodea.-No tiene nociones de nada; falta de desarrollo de sus facultades mentales.- es una idiota - una que otra palabra es cuanto sabe hablar.- Bien nutrida - abundantes estigmas degenerativos.-Reflejos pupilares normales.-Rotulianos exagerados.- (Fdo:) G.Barros.-

BALA DE ADMISION.-

Ingres a esta Sala muy tranquila.- Completamente indiferente y adaptada al medio, se alimenta y duerme normalmente; las funciones de la vida vegetativa se cumplen bien.-Al examen físico se observan numerosos estigmas de degeneración, escaso desarrollo estravismo interno, vision normal.-Camina normalmente y habla con relativa claridad, pero su lenguaje se reduce a sí, no, Josefa.-Presta atención pero no responde sino con monosílabos.- (Firmado:) A.Estrella Orrego.- BOSCH-JULIO 23 de 1915.- Es una chica tranquila presta atención cuando se la interroga y contesta.-Sabe el nombre de las cosas más usuales.-Sabe que se llama Josefa Expositos y llama por su nombre a casi todas las asistentes de este Servicio. Presenta numerosos estigmas degenerativos. Su marcha no es muy segura.-Presenta una extensa placa de pelada.-Estravismo convergente.-Reflejos rotulianos exagerados.-

Imagen 3: boletín anamnéstico de Josefa Antonia.