

En *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil*. Buenos Aires (Argentina): Teseo.

Niñ@s y sexualidad. Un análisis histórico de los discursos sobre hormonas en Argentina en los años de 1930.

Rustoyburu, Cecilia.

Cita:

Rustoyburu, Cecilia (2011). *Niñ@s y sexualidad. Un análisis histórico de los discursos sobre hormonas en Argentina en los años de 1930*. En *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil*. Buenos Aires (Argentina): Teseo.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/cecilia.rustoyburu/17>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/p4zr/PHO>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Rustoyburu, Cecilia. "Niñ@s y sexualidad. Un análisis histórico de los discursos sobre hormonas en Argentina en los años de 1930." En Cosse Isabela, Carla Villalta, Valeria Llobet y Carolina Zapiola (comp.). **Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil**. Buenos Aires. Teseo. 2011. ISBN 978-987-1354-98-6.

Niñ@s y sexualidad. Un análisis histórico de los discursos sobre hormonas en Argentina en los años de 1930.

Introducción

Hace mucho tiempo yo tenía 14 años y estaba sentado frente a un médico que lo sabía todo. El sabía, por supuesto, quién era un hombre y quién una mujer. Sabía también quién podía ser un hombre o una mujer, y bajo qué condiciones. Y no sólo sabía, además, a quiénes deseaban hombres y mujeres, sino también quiénes podían efectivamente ser deseados como hombres o mujeres. El se sabía un verdadero experto en el arte de distribuir personas en los órdenes de la identidad, el deseo y la felicidad; se sabía, sobre todas las cosas, un maestro en el arte de construir cuerpos capaces de hacerlos posible.

Sentado frente a ese médico yo no sabía nada. No sabía quién era, ni quién podía ser, ni cuáles eran mis posibilidades de ser deseado, ni cómo, ni por quién. Aquello que creía mi saber se deshacía ante el suyo.

Mauro Cabral. **Interdicciones**. 2009.

Corrían los años de 1980 cuando el cuerpo de Mauro Cabral era leído como intersexual por un médico que silenciaba su voz, sin embargo es una escena intemporal. Se trata de una secuencia interminablemente repetida desde fines del siglo XIX. Los derechos del niño que fueron declarados universales al mediar el siglo XX parecen no incluir a quienes poseen cuerpos que escapaban a la norma binaria que rige la sexualidad. El respeto a la identidad, el derecho a tener un nombre y a no sufrir discriminación por cuestiones de género desaparecen cuando un@ niñ@ no adopta una identidad de género acorde con su genitalidad. La obligación de protegerl@s de cualquier tipo de crueldad o maltrato se desvanece ante el bisturí que mutila los cuerpos intersex y ante los tratamientos hormonales que corrigen la virilización o la pubertad precoz de las niñas. La voz de es@s niñ@s es silenciada al compás de la moral que establece la existencia de sólo dos sexos y fija la norma heterosexual. El saber médico se impone y se legitima no sólo sobre los relatos de los pacientes sino también sobre los saberes de los padres.¹

Estas prácticas encuentran cierta legitimación porque se asientan sobre una serie de *verdades* que se nos presentan naturalizadas y obvias. Una de ellas sería la que establece que existen sólo dos sexos y que sólo pueden ser identificables en las anatomías corporales. Sin embargo, esas ideas forman parte de una construcción sociohistórica bastante reciente que es necesario deconstruir. El historiador Thomas Laqueur ha dado cuenta de que fue recién en el siglo XIX, en Occidente, cuando los cuerpos fueron entendidos como sexuados

¹ Mauro Cabral (ed.), *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, Córdoba, Anarrés, 2009.

y los sexos como opuestos, estables e inconmensurables.² Estas ideas se asentaron en una matriz de pensamiento dicotómica que estableció una serie de categorías que sólo podían entenderse como opuestas y excluyentes. Desde esa perspectiva, se pensó a los pares sociedad/naturaleza, hombre/mujer, público/privado.

Esta transformación en la forma de entender y leer los cuerpos no responde al descubrimiento de una *verdad* escrita en la anatomía que pudo ser descubierta cuando la ciencia tuvo las herramientas necesarias. Tal como ha afirmado la bióloga Anne Fausto Sterling, “no hay blanco o negro, sino grados de diferencia. (...) etiquetar a alguien como varón o mujer es una decisión social. El conocimiento científico puede asistirnos en esta decisión, pero sólo nuestra concepción del género, y no la ciencia, puede definir nuestro sexo. Es más, nuestra concepción del género afecta al conocimiento sobre el sexo producido por los científicos en primera instancia.”³ La producción de los saberes médicos no es ajena a los debates políticos y las representaciones sociales. Los conocimientos sobre la sexualidad humana forman parte de ellos, al mismo tiempo que las ideas políticas, sociales y morales se incorporan a nuestro ser fisiológico.⁴ Los cuerpos no hablan por sí mismos, ni constituyen una esencia, sino un armazón desnudo sobre el que las prácticas y el discurso modelan un ser absolutamente cultural.⁵

Esa tensión entre lo cultural y lo natural no es ajena a la forma en que se entendió la diferencia sexual. En este sentido, si bien se consideró que estaba inscrita y determinada por la biología también se pensó en la posibilidad de que la influencia del medio podía contribuir en el borramiento de esas diferencias.⁶ Así, la homosexualidad en los hombres y el trabajo asalariado en las mujeres parecían constituir amenazas a un orden sexual que no estaba basado en contrastes radicales. La aparente indiferenciación, tanto física como temperamental, entre los niños y las niñas fue un motivo suficiente para controlar su proceso de desarrollo hasta la pubertad. Las mujeres fueron leídas como más vulnerables a la influencia del ambiente, entonces la crianza y la educación de las niñas estuvieron focalizadas en el desarrollo de sus cualidades maternas y emotivas. La formación intelectual, destinada a los varones, fue vista como peligrosa para la construcción de la feminidad.⁷

La forma en que fue pensada la química corporal está totalmente relacionada con esta construcción de la diferencia sexual como dicotómica y a su vez inestable. La circulación

² Thomas Laqueur, *La construcción del sexo. Cuerpo y Género desde los griegos hasta Freud*. Madrid, Cátedra, 1994.

³ Anne, Fausto Sterling, *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*, Madrid, Melusina, 2006, pp. 17.

⁴ Anne Fausto Sterling, *Cuerpos sexuados*, ob.cit.

⁵ Judith, Butler, *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*, Buenos Aires, Paidós, 2000.

⁶ Ludmila, Jordanova, *Sexual visions: Images of Gender in Science and Medicine between the Eighteenth and Twentieth Centuries*, Wisconsin, The University of Wisconsin Press, 1989.

⁷ Fabíola, Rohden, “A construção da diferença sexual na medicina”, *Caderno Saúde Pública*, Vol.19, Suppl.2, 2003. Anne, Vila, “Sex and sensibility: Pierre Roussel’s système physique et moral de la femme”, *Representations*, Vol. 52, 1995.

de ciertos fluidos corporales, que fueron conceptualizados como hormonas, estuvo en el centro de los argumentos que entendieron a los comportamientos de género como determinados por la biología. La endocrinología cumplió un papel fundamental en la construcción de saberes sobre esta cuestión. Desde su invención, las hormonas han estado asociadas a la idea de sexo y se ha supuesto que las hay femeninas y masculinas aunque parecieran afectar a órganos de todo el cuerpo y no son específicamente de ningún género. Tanto las anatomías como las actitudes fueron recurrentemente pensadas como producto de los desequilibrios en las gónadas o en las glándulas. Esta situación se debería a que las ideas de los científicos sobre la biología hormonal están estrechamente vinculadas con la construcción de ciertas representaciones sobre las diferencias de género.⁸

En Argentina, estos discursos encontraron un escenario propicio en la década de 1930 cuando la inmigración masiva, la baja en las tasas de natalidad y las reivindicaciones de las mujeres por el derecho al voto alteraban el ánimo de los sectores conservadores. En un contexto de crisis mundial, la biotipología y la eugenesia se constituyeron en herramientas fundamentales cuando los gobiernos autoritarios se preocuparon por la construcción de la nación en términos de raza. Así, la identificación de los anormales y de los enfermos traspasó los límites del hospital e ingresó en los ámbitos escolares⁹ y domésticos.¹⁰ Las ideas sobre hormonas formaron parte del corpus de la biotipología, la eugenesia y la medicina social. Si bien desde la década de 1920, la recepción de los trabajos sobre hormonas de biólogos experimentales y médicos europeos resultó evidente en algunas publicaciones como *Vox Médica* y *La Semana Médica*, fue unos años más tarde cuando alcanzaron mayor difusión. En 1933, la endocrinología encontró un espacio relevante en los *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social* que constituía el órgano de la *Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social* que estaba ligada con la Escuela de Biotipología fundada en Italia por Nicola Pende.

En este trabajo, nos interesa profundizar en cómo se recepcionaron los descubrimientos sobre hormonas para explicar las conductas e intervenir sobre los cuerpos de l@s niñ@s en los *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social* en un momento que es definido como la “edad de oro de la endocrinología”. Consideramos que un análisis histórico de los tratamientos con hormonas resulta necesario para deconstruir ciertos saberes que hoy se

⁸ Nelly, Oudshoorn y Ginette, Morel, “Hormones, technique et corps. L'archéologie des hormones sexuelles (1923-1940)”, *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, Vol.:53, N°4-5, 1998. Anne, Fausto Sterling, *Cuerpos sexuados*, ob.cit. Beatriz Preciado, *Testo yonqui*, Madrid, Espasa, 2008.

⁹ Lucía Lionetti, “La escuela pública y su acción sobre los *niños débiles* en la Argentina de principios del siglo XX. Del “laboratorio para enseñar” al “laboratorio de las políticas eugenésicas”, *Jornada Historia de la Infancia en Argentina, 1880-1960. Enfoques, problemas y perspectivas*, Los Polvorines, Universidad Nacional de General Sarmiento, 2008. Silvia Salto y María Silvia Di Liscia (edit.), *Medicina y educación en la Argentina: imágenes y prácticas (1880-1940)*, Santa Rosa, EdulPam, 2004. Marcela Borinsky y Ana María Talak, “Problemas de la anormalidad infantil en la psicología y la psicoterapia”, *Proyecto UBACyT: “La psicología y el psicoanálisis en la Argentina: disciplina, tramas intelectuales, representaciones sociales y prácticas”*, dirigido por Hugo M. Vezzetti, Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA, 2005.

¹⁰ María José Billorou, *La constitución de la puericultura como campo científico y como política pública en Buenos Aires, 1930-1945*, Tesis de Maestría en Estudios Sociales y Culturales, Universidad Nacional de La Pampa, inédito, 2007.

presentan como inmutables e incuestionables. Vincular la producción de los saberes biomédicos sobre la sexualidad infantil con ciertas representaciones de género de su época nos permitirá dar cuenta del carácter social de la producción de esos conocimientos científicos.

1. Los endocrinólogos, las hormonas y la construcción de la diferencia sexual

Las ideas sobre hormonas y sexualidad infantil que se reprodujeron en los *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social* de Argentina en los años de 1930 se inscriben en una tradición de pensamiento occidental que entendió a los cuerpos como sexuados y en términos binarios. Por eso nos interesa comenzar con una presentación de la forma en que los saberes biomédicos pensaron a la diferencia sexual desde fines del siglo XIX hasta los años cuarenta.

En las sociedades modernas, la diferencia sexual fue entendida como determinada por lo biológico, pero no siempre se eligieron los mismos parámetros. Las interpretaciones sobre la intersexualidad nos permiten vislumbrar el carácter un tanto arbitrario de las fronteras entre los sexos. Hasta mediados del siglo XIX, era frecuente que los médicos identificaran como hermafroditas a algunos de sus pacientes porque en esa definición cuadraban muchas variantes. Los saberes médicos entendían como hermafroditas a todos los sujetos que no se adecuaban a la norma que fijaba una correspondencia entre los genitales, las gónadas y la identidad de género. Así, eran clasificados en esa categoría los individuos en los que convivían genitales atribuidos a un sexo con los llamados signos sexuales secundarios asignados a otro, quienes presentaban genitales que no eran posibles de ser leídos como masculinos o femeninos, y quienes adoptaban una identidad o una expresión de género distinta a la del sexo asignado al nacer.¹¹

Unas décadas más tarde, el clima político se endureció a la par de los debates sobre la igualdad de los sexos y el fortalecimiento de las reivindicaciones de las mujeres sobre el derecho al voto. En ese escenario, en el que *ser hombre* permitía acceder a ciertos derechos, los parámetros que establecían la diferencia sexual se tornaron más estrictos. Hacia fines del siglo XIX, la interpretación de los cuerpos intersexuales cambió cuando la diferencia sexual se inscribió en las gónadas y sólo fueron entendidos como *hermafroditas verdaderos* quienes portaran testículos y ovarios a la vez, u ovotestículos. La consecuencia de esta nueva aproximación fue que pocos pacientes pudieron ser identificados como verdaderos hermafroditas y se invisibilizaron los sujetos de sexo mixto.

Para ese saber médico que pensaba las diferencias en términos binarios, las anatomías que no eran claramente clasificables en sus esquemas resultaban una anomalía que debía ser

¹¹Anne, Fausto Sterling, *Cuerpos sexuados*, ob.cit.

corregida. Esta posibilidad llegó hacia los años treinta, cuando pudieron operar sobre los cuerpos de los pacientes y lograr que sobrevivieran. En estos tiempos, la cirugía y la terapia hormonal pasaron a constituir herramientas claves para la *corrección anatómica*. Sin embargo, los médicos no siempre atendían a las gónadas para definir el sexo de un paciente. Admitían la clasificación entre hermafroditismo verdadero y pseudohermafroditismo, pero atendían a la complejidad de los pacientes y sus personalidades. Sin embargo, eso no implicaba que la intersexualidad fuera interpretada como una *forma de vida vivible*.¹² La pauta mayoritaria era recomendar la reconversión porque entendían que permitiría que los pacientes encajaran física y psicológicamente como seres humanos saludables. Esta intención descansaba sobre ciertas ideas asumidas que no eran problematizadas: que debía haber sólo dos sexos, que sólo la heterosexualidad era normal y que ciertos roles de género definían al varón y a la mujer psicológicamente saludables. Estos supuestos permeaban las interpretaciones sobre la química corporal.

La sexualización de las hormonas tuvo su momento de mayor importancia en la segunda década del siglo XX, cuando el biólogo Eugen Steinach orientó su investigación a la experimentación a través de trasplantes de testículos a ratas y cobayas hembras, y ovarios a machos. Este científico observaba que las cobayas a las que les extirpaba los ovarios y les injertaba testículos se tornaban más robustas y sus conductas se transformaban. El aumento de la fuerza física y la exteriorización del apetito sexual en esos animales los interpretaba como signos de que las secreciones de las gónadas contenían el elixir de la masculinidad. Los cobayos que recibían ovarios parecían crecer menos, ser más temerosos y pasivos. Siguiendo la misma lógica, Steinach suponía que ello se debía a que la femineidad estaba contenida en las hormonas de los ovarios. Desde su concepción, los cuerpos y los comportamientos masculinos y femeninos eran el resultado de la actividad antagónica de las hormonas sexuales. Su teoría de la oposición hormonal entendía que las glándulas sexuales inhibían a las del sexo opuesto. “En manos de Steinach, las hormonas mismas adquirieron características masculinas y femeninas. El sexo se hizo químico, y la química corporal se sexualizó. El drama de la diferencia sexual no sólo emanaba de las secreciones internas, sino que ya se estaba interpretando en ellas.”¹³ Ellas eran las responsables de marcar los límites entre la masculinidad y la femineidad, y entre la homosexualidad y la heterosexualidad.

Los experimentos de Steinach fueron trasladados a los seres humanos de la mano de la endocrinología que estableció su autoridad material en transformar el concepto teórico de hormona sexual en una realidad tangible, en sustancias químicas y en una nueva familia de medicamentos.¹⁴ Lichtenstern fue uno de los pioneros en trasplantar testículos de hombres heterosexuales a homosexuales. En sus informes expuso algunos resultados que interpretaba como evidencias de cura de la homosexualidad de sus pacientes porque habían recuperado su virilidad. En 1920, estos trabajos alcanzaron repercusión en la revista argentina *Vox Médica*. Alfonso Becke describía los resultados y expresaba que gracias al

¹² Judith, Butler, *Deshacer el género*, Buenos Aires, Paidós, 2006.

¹³ Anne Fausto Sterling, *Cuerpos sexuados*, ob.cit. pp.193.

¹⁴ Nelly Oudshoorn y Ginette Morel. “Hormones, technique et corps, ob.cit.

injerto, “el apetito sexual reapareció una semana después, y al cabo de un año, el tipo eunucoide se había borrado sin dejar rastros; el cabello se repuso y la inteligencia volvió a su normalidad. El paciente es ahora un hombre casado, que con capacidad y felicidad se dedica de nuevo a sus trabajos de campo.”¹⁵

Tres años más tarde, esas experiencias fueron desacreditadas. Más precisamente, los supuestos sobre los que radicaba la teoría hormonal de Steinach fueron puestos en duda. Los científicos comenzaron a detectar hormonas masculinas en cuerpos femeninos y viceversa, al mismo tiempo que planteaban que ni la hormona femenina ni la masculina eran moléculas únicas sino familias de compuestos químicos relacionados con propiedades biológicas similares pero no idénticas. Desde principios de los años veinte, Carl Moore se ocupó de rebatir los resultados de Steinach. En 1932, Moore y Dorothy Price desde la Universidad de Chicago plantearon ciertos principios que formularon una nueva visión sobre la función hormonal. Esos principios establecían que las gónadas eran estimuladas por la hipófisis, que las hormonas gonadales no tenían ningún efecto sobre los órganos del sexo opuesto y que actuaban como inhibitorias del apetito sexual. Esa nueva manera de entender el sistema hormonal quitó protagonismo a los testículos y a los ovarios y derrotó la idea de Steinach respecto del antagonismo entre las hormonas sexuales, aunque en ciertos campos perduró.¹⁶ A principios de los años treinta las denominaciones *femenina* y *masculina* perdieron crédito. Los reemplazaron por estrógenos y andrógenos pero siempre con la incomodidad de que estaban en los cuerpos del otro sexo porque las hormonas seguían siendo interpretadas como indicadores y determinadoras de la diferencia sexual.¹⁷

Desde que fueron descubiertas, se recurrió a las hormonas para explicar toda la economía corporal/mental de las mujeres. Desde la endocrinología el efecto atribuido a esos mensajeros químicos fue tal que tanto los comportamientos como la sensibilidad quedaron supeditados a ellos. La idea de cierta inestabilidad y debilidad de los cuerpos leídos como femeninos fue compatible con la producción de medicamentos. Desde su invención a principios de 1920 hasta 1927, los remedios a base de hormonas fueron utilizados con fines ginecológicos. Se suponía que si el padrón de comportamiento sexual, social, reproductivo y estético no se ajustaba con el modelo de género esperado, la administración de las hormonas podía reconducir a las mujeres a su debido lugar.¹⁸ A partir de 1927, el principal laboratorio europeo, Organon, amplió sus indicaciones para el campo de la medicina psiquiátrica, creando un nuevo mercado para las hormonas femeninas. En Alemania las usaron para la esquizofrenia y la melancolía. También se registran prescripciones para la psicosis, las depresiones atribuidas a desórdenes del ciclo menstrual, la epilepsia, la pérdida de cabello, las enfermedades en los ojos, la diabetes, la hemofilia, etcétera.¹⁹

¹⁵Alfonso v.d. Becke, “Injerto de órganos sexuales. Inversión y duplicación de los caracteres sexuales. Resultado de los experimentos del profesor Steinach resumidos por el profesor Dr. Paul Kammerer (de Viena)”, *Vox Médica. Revista mensual de medicina y cirugía*, N° 1, 1920, pp.7.

¹⁶Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body: An Archaeology of Sex Hormones*, London, Routledge, 2004.

¹⁷Anne Fausto Sterling, *Cuerpos sexuados*, ob.cit.

¹⁸Fabíola Rohden, “O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos”, *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Vol.15, Supl. Junio, 2008.

¹⁹Fabíola Rohden, “O império dos hormônios”, ob.cit.

Las empresas farmacéuticas, los biólogos, los médicos y los sexólogos interactuaban con feministas, defensores de los derechos de los homosexuales, eugenistas, partidarios del control de la natalidad, psicólogos y fundaciones de beneficencia. Aunque hacia 1940, los endocrinólogos estadounidenses y europeos habían identificado, purificado y nombrado a las hormonas, sólo podían hacerlas inteligibles en los términos de las disputas sobre género y raza que rodeaban a sus entornos de trabajo. Cada elección sobre cómo evaluar y nombrar las moléculas que estudiaban naturalizaba las ideas culturales sobre el género.²⁰ En Argentina, esa configuración va a encontrar un carácter especial en el campo de la biotipología.

2. Infancia y sexualidad en los Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social

Los gobiernos autoritarios instalados en Argentina luego del golpe militar de 1930 establecieron vínculos con la biotipología italiana de Nicola Pende. El alto porcentaje de población de origen italiano resultó propicio para el fortalecimiento del Instituto Argentino de Cultura Itálica que construyó una serie de contactos culturales que implicaron el intercambio de médicos e intelectuales entre Argentina e Italia. En 1930, Pende visitó la Argentina y luego los médicos Arturo Rossi y Octavio López viajaron a Génova para visitar el Instituto de Biotipología que él dirigía. Tanto Rossi como López gozaban de cierto prestigio en el ámbito médico local²¹ y a su regreso, en 1932, fundaron la Asociación Argentina de Biotipología y Eugenesia, una entidad civil sostenida económicamente por el Estado hasta 1943 cuando fue nacionalizada y pasó a estar bajo la órbita de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.²²

Entre 1933 y 1941, la Asociación publicó los *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social* dedicados a la Higiene Mental, la Eugenesia, la Biotipología y la Medicina Social. Era una revista de aparición quincenal hasta 1935, luego mensual hasta 1938 cuando pasó a ser bimestral. Desde sus inicios recibía colaboraciones de especialistas extranjeros y se publicaban traducciones de autores reconocidos. El “Primer Miembro Honorario Corresponsal” fue Pende. Su participación en las políticas eugenésicas del régimen de Benito Mussolini ha permitido que algunos historiadores vinculen la importancia de la Asociación Argentina de Biotipología y Eugenesia con el predominio de la eugenesia negativa.²³ Sin embargo, desde el campo de la historia de la salud se ha

²⁰ Anne Fausto Sterling, *Cuerpos sexuados*, ob.cit. Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body*, ob.cit.

²¹ Rossi era un médico constitucionalista y biotipólogo formado en Génova, profesor de las escuelas de enfermeras de la Cruz Roja y de las Samaritanas, se desempeñaba como médico en las clínicas de Mariano Castex y Carlos Bonorino Udaondo y en el Hospicio de las Mercedes dirigido por Gonzalo Bosch. López era el director del reformatorio Nacional de Olivera.

²² Nancy Leys Stepan, *The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America*, New York, Cornell University Press, 1991. Carolina Biernat, “La eugenesia argentina y el debate sobre el crecimiento de la población en los años de entreguerras”, *Cuadernos del Sur Historia*, N° 34, 2005.

²³ Marisa Miranda y Gustavo Vallejo, “Los saberes del poder: eugenesia y biotipología en la argentina del siglo XX”, *Revista de Indias*, Vol. LXIV, N° 231, 2004.

destacado que este tipo de ideologías no habrían encontrado asidero ni concreción debido principalmente a la ausencia de la infraestructura biomédica necesaria.²⁴

Más allá de las posibilidades de concreción, las discusiones en torno de la eugenesia en los años treinta fueron monopolizadas por los participantes en dicha Asociación. La biotipología de Pende permitió complejizar las aproximaciones lombrosianas que suponían que el estudio del carácter fenotípico de los sujetos permitiría adelantar posibles actitudes delictivas. Pende argumentaba que la apariencia no brindaba elementos suficientes y propuso adentrarse en el organismo, haciendo uso de las herramientas de la endocrinología. Desde su punto de vista, se podían construir biotipos mediante la consideración de la constitución física (peso, talla, tamaño de la mano y del cráneo, etcétera), del temperamento (sistema neuroendocrino) y del carácter (psicología del sujeto). Desde su perspectiva, toda la población debía ser sometida a una evaluación de su biotipo debido a que no bastaba con la identificación de determinados grupos de riesgo porque las anomalías podían estar ocultas en cualquier organismo. Este supuesto resultaba atractivo para los sectores de derecha que promovían estrategias de control social. En un momento en el que se replegaron tanto los sectores eugenistas que adscribían a posturas reformistas de izquierda como los que promovían la esterilización de disgénicos según el modelo anglosajón, la derecha pudo monopolizar el discurso. De esta forma, en un escenario que era percibido como de crisis, las prescripciones de derecha, las ideologías de género y raza y la mirada científica se rearticulaban.²⁵

La recepción de los trabajos de Pende y otros endocrinólogos europeos pusieron en circulación ciertos saberes vinculados con la química hormonal que activaban ciertas representaciones y estereotipos de género. En los *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social* la publicación de artículos referidos a la salud, la higiene y las conductas de las mujeres era permanente. La adscripción de la revista con el pronatalismo y el antifeminismo hacía que las recomendaciones estuvieran orientadas hacia el control de la sexualidad y la maternalización de las mujeres. Esta postura no resultaba ajena al escaso protagonismo de las mujeres dentro la Asociación, si bien participaron como enfermeras en los hospitales o como maestras en las actividades educativas, no alcanzaron lugares vinculados a la conducción o la producción de saberes médico-científicos.²⁶

Los conocimientos referidos a la relación entre el sistema endocrinológico y las aptitudes de las mujeres fueron presentados por Pende. En sus artículos adscribía a las interpretaciones clásicas que suponían que los organismos femeninos resultaban débiles, susceptibles y menos desarrollados. Desde su perspectiva, la mujer parecía estar más dominada que el hombre por su fórmula hormonal. Su esquema interpretativo se alineaba con la teoría que veía al equilibrio hormonal como una permanente oposición de fuerzas.

²⁴ María Silvia Di Liscia, “Los bordes y límites de la eugenesia. Donde caen las “razas superiores” (Argentina, primera mitad del siglo XX)” en Marisa Miranda y Gustavo Vallejo (comp), *Políticas del cuerpo: estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2008.

²⁵ Nancy Leys Stepan, *The Hour of Eugenics*, ob.cit

²⁶ Nancy Leys Stepan, *The Hour of Eugenics*, ob.cit

Las tensiones que planteaban las reivindicaciones de las feministas parecían representar los conflictos internos de los organismos de todas las mujeres. Entendía que el juego de diferentes agrupamientos funcionales de hormonas eran los responsables del frágil equilibrio psíquico y orgánico de las mujeres. Planteaba que la hormona femenina debía ser entendida como un sistema pluriglandular que se organizaba en torno de dos constelaciones: de la feminidad erótica y de la feminidad maternal. La serie de trastornos que provocaban los enfrentamientos entre ambas constelaciones lo llevaban a plantear que la pubertad y la menopausia constituían momentos de cuasi enfermedad. La feminidad erótica era la responsable de la fase de maduración gradual de los caracteres sexuales femeninos durante la pubertad. Ella también sería la que estimularía el erotismo y los sentimientos genésicos, y prepararía la pared del útero durante el embarazo. La nidación del óvulo estaría comandada por la constelación maternal. Ambas constelaciones eran las responsables tanto de producir y regular el ciclo menstrual como también una serie de patologías. Entendía que una alteración en el equilibrio hormonal podía explicar una serie de patologías propias de las niñas tales como el infantilismo o la pubertad precoz.²⁷ El control endocrinológico durante la infancia debía asegurar un ejercicio pleno de la maternidad en la edad adulta y la ausencia de manifestaciones sexuales a edades tempranas. Sin embargo, este control trascendía a la construcción de ciertos mandatos para las niñas.

En un escenario social en que existía un interés particular por diseñar las características que asumiría la “raza nacional”, la vigilancia del crecimiento de los niños adquiría cierta importancia. Según Pende, el crecimiento y el desarrollo estaban determinados por el ritmo hormonal, más precisamente por el ciclo fisiológico de cada glándula y por la alternancia y la complementariedad entre ellas. Un desequilibrio en este ritmo se manifestaba en el aspecto físico del enfermo, por lo tanto era necesario diseñar una serie de observaciones referidas a la constitución física. Durante la década de 1930 se diseñaron varias fichas biotipológicas para ser aplicadas en la población escolar. Desde la perspectiva de Pende, en el momento de diagnosticar enfermedades a los niños y las niñas pre-púberes, la proporción de los esqueletos, el desarrollo de los dientes incisivos, las dimensiones de las amígdalas, la madurez de las anatomías genitales eran valorados con la misma importancia que la presión arterial o el coeficiente de oxígeno en la sangre.²⁸

Con la intención de establecer cuáles eran los parámetros que permitían identificar un crecimiento normal de uno retrasado o precoz, algunos médicos intentaron periodizar la infancia. Uno de ellos fue Louis Berman, un endocrinólogo estadounidense que alcanzó un importante reconocimiento en 1921 cuando publicó “Regulación glandular de la personalidad” donde afirmó que todos los actos, emociones o pensamientos tienen base endócrina y clasificó a los individuos de acuerdo con la secreción hormonal que parecía dominante en su cuerpo. Su trabajo en el análisis hormonal de doscientos cincuenta

²⁷ Nicola Pende, “Un nuevo capítulo en la endocrinopatología. Síndromes de asinergia y arritmia-encocrina (endocrino-arritmias) de la pubertad y de la edad crítica”, *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, Año: 2, N°40, 1935, pp.3.

²⁸ Nicola Pende, “Troubles endocriniens chez la femme”, *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, Año: 3, N°48, 1935, pp.2.

prisioneros significó la introducción de la endocrinología en la criminalística. Su enfoque, denominado como psico – endocrinología, resultó muy crítico del psicoanálisis y del conductismo.²⁹ En los *Anales* solían reproducir artículos de Berman. En 1935, en “Las glándulas endocrinas y el niño normal” planteaba que los niños en su proceso de desarrollo experimentan una serie de metamorfosis provocadas por la glándula tiroides. Su periodización señalaba que la primera transformación podía identificarse por la erupción de los dientes de leche, la segunda por la aparición de la dentadura permanente y la tercera por la adolescencia. A esta última la caracterizaba “*por la prominencia de la emergente sexualidad del individuo.*”³⁰ Este tercer período, que denominaba como pubertad, se iniciaría entre los 8 y los 10 años y se haría manifiesto cuando el cuerpo comenzaría a desarrollarse más en volumen que en altura. El signo que evidenciaría ese cambio era la aparición de la barba en los varones y el crecimiento de los senos en las niñas.

Los trabajos de Paul Godin que se reproducían en los *Anales* también se ocupaban de la pubertad. Godin fue un médico francés, creador del término “auxología” y un referente de los estudios antropométricos con niños por su invención de unos índices de desarrollo físico y mental para que implementaran los maestros en las escuelas.³¹ Entendía que las fases del crecimiento resultaban de un proceso continuo de alternancia hormonal que cuando fallaba era el responsable de un atraso o de un adelanto del desarrollo puberal. También conceptualizaba a la pubertad como la fase del crecimiento en el que *germen maduro de la reproducción* provoca una nueva elaboración embrionaria del soma para completar la función de la reproducción. A diferencia de lo planteado por Berman, Godin entendía que el indicador de la pubertad en los varones era el cambio de voz. Establecía que si bien ese cambio era difícil de ser aprehendido científicamente, el médico debía realizar observaciones semestrales para detectarlo. Debido a que suponía que ocurría entre los catorce años y ocho meses hasta los quince cumplidos, la regularidad de las observaciones se tornaba perentoria.³²

Los parámetros establecidos por Godin y por Pende para explicar y medir el crecimiento de los niños servían de instrumentos para señalar cuándo terminaba la infancia, cuáles eran los parámetros que distinguían a los normales de los anormales, y a los enfermos de los sanos. Cándido Patiño, el presidente de Biotipología de la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social, Arturo Rossi y Donato Boccia aplicaban los principios explicativos de Godin y Pende para definir como *anomalía del crecimiento* a una alteración extrema del desarrollo, y como *enfermedad del crecimiento* a la alteración que superaba los límites de la normalidad por una transgresión profunda de las leyes fisiológicas.³³ Una

²⁹ Christer Nordlund, “Endocrinology and Expectations in 1930s America: Louis Berman's Ideas on New Creations in Human Beings”, *British Journal for the History of Science*, N°40, 2007, pp. 83 - 104.

³⁰ Louis Berman, “Las glándulas endocrinas y el niño normal”, *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, Año 2, N°36, 1935, pp. 27.

³¹ Rosa Ballester Añon y Enrique Perdiguero Gil, “Ciencia e ideología en los estudios sobre crecimiento humano en Francia y en España (1900-1950)”, *Dynamis*, N°23, 2003, pp. 61 a 84.

³² Paul Godin, “El crecimiento durante la edad escolar. La pubertad. Influencia de la reproducción en el crecimiento”, *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, Año 2, N°40, 1935, pp. 27.

³³ Cándido Patiño Mayer, Arturo Rossi y Donato Boccia, “Matronismo de Pende”, *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, Año 2, N°30, 1934, pp.2.

enfermedad de este tipo no implicaba simplemente una alteración en la talla o el volumen corporal, también podía estar representada por un desarrollo diferente al esperable en alguno de los órganos. Por eso, si un niño alcanzaba el desarrollo de sus órganos sexuales antes de la pubertad podía considerarse que estaba enfermo, aunque su vida no corriera peligro. Si para Berman dicho desarrollo debía iniciarse a los ocho años y para Godin a los catorce, resulta evidente que no se trataba de verdades infalibles. Sin embargo, todos acordaban en que los niños no debían manifestar caracteres sexuales desarrollados y cuando llegara la pubertad cada uno debía crecer de acuerdo a las cualidades que la norma binaria establecía para cada sexo.

Entre las precocidades sexuales, en los *Anales* se presentó al matronismo, o síndrome de Pende como es conocido actualmente.³⁴ Los pacientes identificados como portadores de esta enfermedad eran caracterizados como niños y niñas de entre cinco y diez años, obesos de baja estatura, de aspecto similar al de los hombres o mujeres de edad madura, con facies sin *gracia infantil* que resultaban indicadoras de madurez y adultismo, correspondientes con el estilo de *hipermadurez* del cuerpo. Las niñas eran definidas como “pequeñas matronas grasas” y se advertía que se caracterizaban por un desarrollo sexual precoz.³⁵ La teoría del sistema pluriglandular servía para explicar las características de esas niñas. El desarrollo de los signos sexuales secundarios era explicado por un hipotiroidismo asociado a un hipercortisolismo suprarrenal. Por eso, la intervención sobre estos casos se circunscribía a la terapéutica hormonal y a la inhibición suprarrenal provocada con radioterapia. Más allá de las complicaciones que traía aparejado el síndrome, resulta interesante la preocupación por el adelantamiento de la pubertad. La representación social sobre la infancia entendía que la sexualidad era ajena a las niñas y la aparición temprana de los signos sexuales secundarios y del *sentido erótico* era inadecuada e incómoda.

Los niños y las niñas que llegaban a la pubertad presentando caracteres sexuales inadecuados para la norma binaria también eran leídos como posibles casos de patogenia endocrina. Los varones púberes con vello pubiano escaso, ausencia de pelos en las axilas y en el rostro, piel delicada y “disposición femenina” eran interpretados como casos de *hipogenitalismo*. Su posible diagnóstico se completaba con los resultados de las radiografías craneanas que permitían visualizar las características de la cavidad donde se aloja la hipófisis, los análisis de sangre para medir su estado clorótico y la detección de ciertos síntomas como acidez gástrica o constipación.³⁶ El rápido crecimiento y la consecuente pérdida del tono muscular era una preocupación constante en una época en la que la virilidad se medía por la fuerza física. El futuro de estos niños era presentado como oscuro y trágico. Las complicaciones endocrinas podían provocarles el engrosamiento de las manos y los pies, un crecimiento anormal de sus genitales, el aumento del azúcar en la sangre y de la presión arterial, violentas cefaleas, excitación psíquica, desviaciones sexuales y morales, falta de inhibición, fobias, monomanías y delincuencia. La muerte era el destino

³⁴ En las enciclopedias médicas actuales el matronismo es definido como una enfermedad que afecta a las niñas y es causada por alteraciones en las glándulas tiroideas y suprarrenal. Sus síntomas son la obesidad, el desarrollo sexual precoz y el enanismo.

³⁵ Cándido Patiño Mayer, Arturo Rossi y Donato Boccia, “Matronismo de Pende”, ob.cit. pp.2.

³⁶ Nicola Pende, “Un nuevo capítulo, ob.cit

final de quienes padecían un cerramiento de la cavidad que aloja la hipófisis. El diagnóstico preciso y la opoterapia eran presentadas como las vías posibles de curación.³⁷

La opoterapia era una técnica que implicaba la administración de medicamentos producidos a base de extractos de gónadas de animales. Estos tratamientos estaban en sintonía con las empresas farmacéuticas que ofrecían medicamentos a base de hormonas en las páginas de los *Anales*. Al igual que en otros países, las teorías hormonales que relacionaban los desequilibrios endocrinos con afecciones nerviosas, obesidad, trastornos sexuales y de crecimiento servían de soporte para la creación de medicamentos producidos a base de tejido gonadal. En lo vinculado a la medicina infantil, los tratamientos para el infantilismo, las precocidades sexuales y el enanismo generalmente incluían este tipo de tónicos. Sin embargo, cuando las patologías amenazaban la diferencia sexual las intervenciones eran más drásticas. El tratamiento de los varones a los que se les desarrollaban las mamas resulta ilustrativo.

Desde el punto de vista de ciertos endocrinólogos de la época (Cecca, De Nunzio, Palermo, Erdheim, Cooper, Andrews, Kampmeyer), la mama masculina presentaba caracteres similares a las de las mujeres pre-púberes. Es decir que durante la niñez esos órganos serían iguales para las niñas y los niños. A diferencia de lo que planteaban Moore y Price, suponían que durante la pubertad las secreciones de los ovarios provocarían el desarrollo de las mamas en las niñas, y las de los testículos atrofiarían las de los niños. Desde esa perspectiva, el esquema de oposición hormonal era el responsable de vigilar la diferencia sexual. Sin embargo, esto no siempre ocurría y los médicos recibían en sus consultorios a niños púberes con una o las dos mamas desarrolladas. Esto resultaba inadmisibles porque entendían que “la mama representa uno de los caracteres sexuales secundarios femeninos más importantes.”³⁸ Los niños con mamas desarrolladas eran definidos como ginecomastas y debían someterse a tratamientos porque, en los términos de la teoría de Pende, un individuo con testículos atrofiados adquiría cualidades femeninas: menor evolución, tendencia a la obesidad, pereza y disfunción de algunos órganos.

Patiño, Rossi y Boccia entendían que el desarrollo mamario en los varones púberes podía ser transitorio o permanente, si sucedía esto último era identificado como un síntoma de pseudohermafroditismo masculino. Al igual que los especialistas analizados por Michael Foucault, partían de la hipótesis de que todos los embriones atraviesan una fase inicial de sexualidad indiferenciada que es superada luego de que las secreciones de uno de los sexos anulan a las de su opuesto.³⁹ Cuando existía un problema o una falla en este proceso, presuponían que se originarían sujetos con tendencias constitucionales hermafroditas. La posibilidad de modificar esto les resultaba limitada. Sin embargo, planteaban que la mayor parte de los casos se relacionan con alguna insuficiencia testicular tratable.

³⁷ Nicola Pende, “Un nuevo capítulo, ob.cit.

³⁸ Cándido Patiño Mayer, Arturo Rossi y Donato Boccia, “La reviviscencia mamaria en el hombre”, *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, Año 2, N°30, 1934, pp.3.

³⁹ Michael Foucault, *Los anormales*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.

En los *Anales* se mencionaban y describían algunas intervenciones sobre pacientes pero no se publicaban historias clínicas. Por eso nos resulta interesante analizar la circulación de estas interpretaciones en los ámbitos hospitalarios a partir de la presentación de un caso de ginecomastia en *Archivos Argentinos de Pediatría*, el órgano oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría. En 1937, el prestigioso neuropsiquiatra infantil Aquiles Gareiso junto a Samuel Schere y Juan Carlos Pellerano publicaron un caso que consideraron interesante porque se trataría de un *verdadero ginecomasta*. La historia clínica publicada narra que Faustino tenía 12 años era “tímido, apocado y casi podría decirse femenino en su modo de ser”⁴⁰ se quejaba de ligeros dolores espontáneos en la mama izquierda cuando sus familiares notaron que comenzó a crecerle rápidamente. No tenía fiebre, sólo algunos dolores abdominales, pero decidieron llevarlo al Hospital. En el consultorio se le hizo un examen neurológico que no demostró ninguna alteración y se lo sometió a un examen antropométrico. En su examen psicológico identificaron ciertos aspectos que eran presentados como problemáticos: era un niño con una afectividad muy acentuada, tímido, apacible y poco comunicativo. Tenía buena memoria y prestaba atención, pero sus modales eran delicados. Su libido aún era indiferenciada, pero en conjunto brindaba una impresión feminoide. La emotividad y la pasividad eran características aceptables para una niña, en Faustino algo funcionaba mal y en las hormonas podrían encontrar alguna clave explicativa. La mama no le provocaba dolor, pero los médicos no eran los únicos que entendían que los varones no podían portar pechos prominentes.

En el examen de su aparato genital pudieron encontrar las supuestas causas del crecimiento mamario. Tenía una ectopía testicular doble, sus testículos no habían descendido *como debían*. Ante esto, Gareiso, Schere y Pellerano acudieron a las explicaciones que esgrimieran Patiño, Rossi y Boccia en los *Anales*. Desde ese punto de vista, la insuficiencia testicular y el desequilibrio hormonal podían provocar ginecomastias. En el caso de las unilaterales, había que sospechar de intersexualidad. Las causas del crecimiento mamario tanto podrían estar asociadas con una atrofia glandular como con ninguna lesión clínica demostrable. Mientras estuvo internado en el Hospital, Faustino volvió a sufrir dolores en su mama cuando sus testículos descendieron. Ante esto, los médicos manifestaron que su caso era de intersexualidad porque “aún cuando no presenta alteraciones clínicas aparentes de sus testículos, tiene un hábito y un psiquismo de tipo feminoide.”⁴¹ En una época en la que las gónadas debían ser las que definieran a un hermafrodita, estos médicos partieron del psiquismo del paciente.

Como ha expresado Fausto Sterling, desde el punto de vista de los especialistas las gónadas debían resultar determinantes pero los pacientes complicaban los diagnósticos y había que incorporar otros aspectos. La intersexualidad de Faustino podía ser causada por su psiquismo. Este diagnóstico encontraba cierta lógica en las prácticas del consultorio en que fue atendido porque en la sala dirigida por Gareiso comenzaban a combinarse las técnicas propias de la biotipología con la medicina psicosomática. Sin embargo, su anatomía

⁴⁰ Aquiles Gareiso, Samuel Schere y Juan Carlos Pellerano, “Sobre un caso de ginecomastia unilateral”, *Archivos Argentinos de Pediatría*, Vol VIII, N°3, 1937, pp. 200.

⁴¹ Aquiles Gareiso, Samuel Schere y Juan Carlos Pellerano, “Sobre un caso de ginecomastia, ob.cit. pp. 205.

corporal no podía ser coherente con su intersexualidad psíquica. Ésta tal vez no podía ser modificada, pero su cuerpo sí. La apariencia masculina debía ser construida. El cirujano se ocupó de extirparle la mama, que según el análisis anatomopatológico tenía las características de una mama femenina, aunque en los resultados de la operación fue definida como un tumor. Un varón no podía tener una mama sino una masa patogénica. La corrección de su cuerpo venía impuesta por la norma anatómica binaria.

La coherencia entre la genitalidad, la identidad, la expresión de género y la orientación sexual resultaba central a la hora de definir a un paciente como *normal*. En el campo de la endocrinología, las hormonas ocupaban un lugar importante en el control de esa coherencia. Desde la mirada de los biotipólogos y los endocrinólogos, los pacientes constituían sujetos pasivos, sobredeterminados por su química corporal. Su herencia constitucional decidía no sólo cómo funcionaba su cuerpo sino también su personalidad. El odio, la cólera, el terror, la alegría y el placer encontraban su explicación en el funcionamiento del sistema nervioso en relación con las glándulas. Podemos suponer entonces que el control de las hormonas también podía entenderse como un reaseguro del mantenimiento del orden social y de las relaciones entre los sexos. En los consultorios pediátricos, la patologización y la corrección de los cuerpos que no reproducían ciertas metáforas en torno de la infancia se inscribían en el mismo sentido.

Consideraciones finales

Los discursos eugenésicos no siempre han estado vinculados con la reproducción de ciertos paradigmas conservadores de las diferencias de género y sexuales, o con posturas antifeministas. Su relación con los orígenes de la sexología ha permitido pensar que se encuentran en el inicio de ciertas corrientes feministas. Su compatibilidad con ciertas propuestas reformistas que implicaron el mejoramiento de las situaciones ambientales de las madres y los niños ha llevado a que puedan interpretarse como eugenistas a ciertos representantes de la izquierda. Sin embargo, como ha planteado Nancy Stepan, todo depende en qué aspectos se haga hincapié.

Desde los *Anales*, los discursos de la biotipología y la endocrinología contribuyeron con la maternalización de las mujeres, con la negación de ciertos derechos civiles y políticos, con la construcción de la diferencia sexual y con la reproducción de ciertas metáforas sobre la infancia. En un escenario en el que la definición de la anormalidad se vinculaba con proyectos eugenésicos, las definiciones en torno de l@s niñ@s adquirirían un lugar central. El análisis de las ocasiones en que se recurría a la química hormonal para diagnosticar y tratar no sólo afecciones físicas que implicaran riesgos de vida sino también para regular los comportamientos e identificar individuos que escaparan a las normas de género nos permite contribuir en la problematización de la relación entre los discursos médicos y la construcción de lo social. Esto no significa que los saberes biomédicos simplemente (re)produzcan ciertas representaciones sociales, entendemos que se trata de relaciones más complejas por medio de las cuales ciertas metáforas sobre el cuerpo se entranan con la forma en que se entiende el funcionamiento de lo social.

Los discursos sobre las hormonas y la sexualidad que hemos analizado fueron resignificados en otros escenarios y en torno a otras disputas que llegan hasta nuestros días. La historia de las ideas en torno a la química corporal sigue entramada con la construcción de las diferencias de género y de sexo. El escenario que transitamos en este trabajo es un instante en la historia social de la sexualidad que da cuenta de los debates en torno a qué vidas son vivibles, qué expresiones de género son tolerables y qué cuerpos son aceptables.