



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Carla Pierri

maildecarlapierri@gmail.com

Muerte en manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas-actual Hospital Interzonal J.A. Esteves-entre los años 1957 y 1971

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Anahí Sy

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.174019>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Pierri, C. (2016). *Muerte en manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas-actual Hospital Interzonal J.A. Esteves-entre los años 1957 y 1971* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Pierri_C_Muerte_2016.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

14^a Cohorte (2011-2013)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A Esteves- entre los años 1957 y 1971.

MAESTRANDA

Lic. Carla Pierri

DIRECTORA

Dra. Anahí Sy

CO-DIRECTOR

Lic. Alejandro Vainer

FECHA DE ENTREGA

Julio 2016

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

14ª Cohorte (2011-2013)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A Esteves- entre los años 1957 y 1971.

MAESTRANDA

Lic. Carla Pierri

DIRECTORA

Dra. Anahí Sy

CO-DIRECTOR

Lic. Alejandro Vainer

INTEGRANTES DEL JURADO

Lic. Cecilia Ros

Mgr. Claudia Baffo

Dra. Ana María Talak

FECHA APROBACIÓN

17-03-2017

CALIFICACIÓN

10 (Diez) Sobresaliente

A los trabajadorxs de salud y salud mental que persiguen las causas de las causas.

A Felisa, Clelia, NN, Elsa, Gabriela, Romina, Tita, Marité,
y a todas las demás personas que merecían más ser poesía que historia clínica.

AGRADECIMIENTOS

A mis directores: Dra. Anahí Sy y Lic. Alejandro Vainer por su enorme generosidad, confianza y pensamiento.

A quienes me prestaron y dedicaron ideas, preguntas y tiempo: Mg. I. Marrone y Mg. J. Pierri, Mg. M. Lenta, Mg. L. Finkelstein, Lic. P. Molina.

A mis compañerxs de investigación, a Ciro.

A lxs trabajadorxs del centro piloto. Al Dr. M. Vayo.

A mis maestrxs y compañerxs del ISCo y de la UBA. A la Dra. Perelman y a la Dra. Nakache por enseñarme a querer este oficio.

A lxs docentes de la Cátedra II de SPSM y su Profesora Titular la Lic. A. Stolkiner.

A lxs trabajadorxs del Archivo General de la Nación.

A mis compañerxs de Bondi Salud, de la RIEPS.

A mi familia, a mis amigxs y a Santiago, por el amor y la escucha de siempre. A mis compañerxs de militancia y de la vida.

Los hallazgos compartidos, los desaciertos sólo míos. Julio 2016

“Me han engañado, me dijeron que venía al Rawson y me trajeron acá que no es un hospital ni es nada”.

HC de Romina

Esto no es un hospital, un hospital es un edificio más alto que este.

HC de Elsa

Llora con lágrimas sin explicar causa pero dice “hospital”. Pasa a sala de admisión.

HC de Clelia

Cree que se encuentra en el palacio de justicia.

HC de Marité

(...) es un hospicio, pero no es un hospital

(G. Bosch, 1931)

Vivo en un hospicio, debo estar enfermo. Estoy aquí porque no tengo adonde ir.... es que soy un enfermo que podría vivir en su casa. Si la tuviera. No tengo nada... no tengo a nadie. (...) Por eso estoy aquí. (...) Los médicos no pueden ser lo que no son. Simplemente toman la temperatura de la piel y dan pastillas, inyecciones, como si se tratara de un almacén. Y olvidan que en el fondo es una cuestión moral. Y es que no existe nadie que pueda entender la mente. Sin embargo, no los odio. Hacen lo que pueden. Lo terrible es que nos traen para que uno no se muera en la calle. Y luego nos morimos todos aquí.

J. Fijman

Poeta, fallecido el 1 de diciembre de 1970
a los 72 años luego de 30 años de internación en el Borda.

(Carpintero y Vainer, 2004)

RESUMEN

Esta tesis busca promover una mirada crítica acerca de los procesos de internación y muerte en los espacios manicomiales y sobre las tensiones en la implementación de las políticas públicas en salud mental. Consiste en un estudio de casos que tiene el objetivo de describir y caracterizar las particularidades que adquieren los recorridos de internación de las mujeres fallecidas en el período 1957-1971 en el Asilo de Lomas-actual Hospital Interzonal J. A. Esteves. La selección de dicho período obedece a que en esos quince años falleció la mitad de las personas fallecidas allí en todo el siglo (2088). El análisis se realizó a partir de historias clínicas (HC) y entrevistas a informantes clave. Asimismo se efectuó un relevamiento bibliográfico y se construyó una base de datos con 372 HC a partir de la cual se elaboró un perfil socioepidemiológico de las mujeres fallecidas. Se reconstruyeron ocho recorridos de internación y se los puso en relación con la historia del hospital, las discusiones en salud mental, las políticas en salud mental y el contexto económico político de la época en nuestro país. Este trabajo se enmarca dentro de la corriente de pensamiento de la Medicina Social Latinoamericana que estudia los procesos salud-enfermedad atención (PSEA) desde una articulación jerarquizada entre los niveles singular, institucional y económico político (Stolkiner, 1994; Castellanos, 1990). Como resultado se destaca la cantidad de registros de procedimientos clínicos que sugieren condiciones de higiene y cuidado clínico deficientes. Estos descuidos fueron analizados desde las categorías conceptuales de *manicomio* (Basaglia, 1972), *estigma* (Goffman, 2001) *nuda vida* (Agamben, 2013), *lo cruel y tercero de apelación* (Ulloa, 1995). Entre las reflexiones finales se prefigura la relación entre fallecimientos en manicomios y procesos de ajuste económico, crisis institucional, condiciones de trabajo y modificaciones en los recorridos de internación.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental; Mortalidad Hospitalaria; Epidemiología

ABSTRACT

This thesis aims to promote a critical look at the processes of hospitalization and death in neuropsychiatric hospitals and the tensions in the implementation of public policies in mental health. It consists in a cases study whose objective is to describe and characterize the particularities that the medical histories of women who died in the period 1957-1971 on Asylum of Lomas- Hospital Interzonal J. Esteves acquire. The selection of this period is due to the fact that half of the people who died there in the whole XX century (2088) died in those fifteen years. The analysis is based on clinical histories -HC- and interviews with key informants. A bibliographic survey was also made and a database with 372 HC built. Thanks to this a socio-epidemiologic profile of the dead women was developed. Eight hospitalization trajectories were reconstructed and linked to the history of the hospital, discussions in mental health, policies on mental health and the economic and political context at that time in our country. This work has been framed within the current of thought of Medicina Social Latinoamericana that studies the proceso-salud-enfermedad-atención (PSEA) from a hierarchical articulation between different levels: singular, institutional and economic-political (Stolkiner, 1994; Castellanos, 1990). As a result this work highlights the number of records of clinical procedures that presume deficient conditions of hygiene and clinical care. This indifference was analyzed from the conceptual categories of *manicomio* (Basaglia, 1972), *stigma* (Goffman, 2001), *nuda vida* (Agamben, 2013), *cruelty and tercero de apelación* (Ulloa, 1995). Among the final reflections it is stated that there may be a relationship between deaths in mental hospitals and the processes of economic adjustment, institutional crisis, working conditions and changes in the hospitalization trajectories.

KEYWORDS: Mental Health; Epidemiology; Hospital Mortality

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1- Distribución de frecuencias de fallecimientos por año en el Hospital Esteves de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.....	21
Figura 2- Distribución de frecuencias de las personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según nacionalidades principales.	68
Figura 3 - Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según estado civil.	69
Figura 4 - Distribución de frecuencias de personas fallecidas entre 1957-1971 en el Hospital Esteves según ocupación.....	71
Figura 5- Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según año de ingreso.	72
Figura 6- Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves entre 1957-1971 según año de fallecimiento.	74
Figura 7- Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según años de internación agrupados. Grupo 1 [0;2) y Grupo 2 [2; más de 2).....	76
Figura 8- Frecuencia de fallecimientos en el Hospital Esteves por año agrupados según años de internación. Hasta un año de internación, entre 1 y 10 años de internación, entre 11 y 20 años de internación y más de 21 años de internación en el período 1957-1971.77	
Figura 9- Distribución de frecuencias de la muestra de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según edad de fallecimiento agrupada <68 y ≥ 68 años de edad.....	80
Figura 10- Distribución de frecuencias de la muestra de personas fallecidas en el Hospital Esteves entre 1957 – 1971 según lugar de procedencia.....	82
Figura 11- Distribución de frecuencias de la muestra de personas fallecidas en el Esteves entre 1957–1971 según vínculo de quien “coloca”/interna (1era internación). 84	

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1- Actividades, variables, definición teórica y operacionalización según objetivos específicos.....	44
--	----

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1- Distribución de frecuencias de fallecimientos por año en el Hospital Esteves de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.....	19
Tabla 2- Cantidad de camas normales, de emergencia, defunciones, coeficiente de ocupación, promedio de internación, mortalidad, razón de personas internadas por profesional y por auxiliar técnico, presupuesto para el Hospital Esteves por año en el período 1955-1961.....	53
Tabla 3- Distribución de frecuencias de personas fallecidas entre 1957-1971 en el Hospital Esteves según sexo.....	67
Tabla 4 - Distribución de frecuencias de personas fallecidas entre 1957-1971 en el Hospital Esteves según nacionalidades principales.....	67
Tabla 5- Distribución de frecuencias y porcentual de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según estado civil.....	69
Tabla 6- Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según ocupaciones (clasificadas).....	70
Tabla 7- Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según año de fallecimiento.....	73
Tabla 8- Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según años de internación agrupados. Grupo 1 [0;2) y Grupo 2 [2; más de 2).....	75
Tabla 9- Distribución de frecuencias de muestra de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según estación del año.....	78
Tabla 10- Promedio, moda y mediana de edades de fallecimiento de la muestra de HC de fallecidas en el Hospital Esteves entre 1957 – 1971.....	79
Tabla 11- Distribución de frecuencias de muestra de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según edad de fallecimiento agrupada <68 y ≥ 68 años.....	79
Tabla 12- Distribución de frecuencias de muestra de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según lugar de procedencia.....	81
Tabla 13- Distribución de frecuencias de personas que al ser internadas en el Hospital Esteves tienen más de 70 y hasta 91 años al momento de ingresar y fallecieron allí entre 1957 y 1971.....	83
Tabla 14- Distribución de frecuencias de vínculo de quien “coloca”/interna (1era internación) a las personas de las HC de la muestra de personas fallecidas en el Esteves entre 1957 – 1971.....	85
Tabla 155- Datos demográficos generales de salud y trabajo a partir de censos y de otras fuentes para los años de los censos y con mayor detalle para los años de la década del 60.....	139

LISTADO DE ABREVIATURAS

CELS: Centro de Estudios Legales y Sociales.

CP: Centro Piloto de Comunidad terapéutica del Hospital Esteves (1968-1971).

Plan CONINTES: Plan de Conmoción Interna del Estado.

HC: Historia clínica.

HNA: Hospital Nacional de Alienadas.

INSM: Instituto Nacional de Salud Mental.

LNSM: Ley Nacional de Salud Mental.

MDRI: Mental Disability Rights International.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PNSM: Plan Nacional de Salud mental.

QD: Quehaceres domésticos.

TO: Terapia Ocupacional.

CONTENIDO

1.INTRODUCCIÓN	13
2.PROPÓSITO	14
3.JUSTIFICACIÓN	15
4.DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	18
5.OBJETIVO GENERAL	23
5.1 <i>Objetivos específicos</i>	23
6.HIPÓTESIS	24
7. ESTADO DEL ARTE	26
7.1 <i>Psiquiatría y políticas de salud mental en la Argentina</i>	26
7.2 <i>Muerte en el manicomio</i>	27
7.3 <i>Estudios basados en historias clínicas</i>	30
8. MARCO TEÓRICO- METODOLÓGICO	33
8.1 <i>¿Factores causales? ¿Entramado?</i>	33
8.2 <i>Epidemiología psiquiátrica clásica y Epidemiología en salud mental</i>	34
8.3 <i>Locura y Manicomio</i>	35
9. METODOLOGÍA	39
10. RESULTADOS	48
10.1 <i>Breve relato del Asilo de Lomas- Hospital Esteves.</i>	48
10.1.1 El Esteves en los 60 (1957-1971).	51
10.1.2 Retratos de la vida en el Esteves en los 60.	56
10.1.3 Un Esteves paralelo: el Centro Piloto de Comunidad Terapéutica (68-71)	59
10.2 <i>Discusiones de la época. Breve contextualización institucional</i>	63
10.3 <i>¿Quiénes fallecieron en el Esteves entre 1957-1971?</i>	66
10.3.1 Sexo	66
10.3.2 Nacionalidades.....	67
10.3.3 Estado civil	68
10.3.4 Ocupación.....	69
10.3.5 Frecuencia de fallecimientos por año de ingreso.....	71
10.3.6 Frecuencia de fallecimientos por año de fallecimiento	72
10.3.7 Frecuencia de fallecimientos por año de fallecimiento y años de internación	74
10.4 <i>Análisis cuantitativo de la muestra de HC.</i>	77
10.4.1 Hay que pasar el invierno. Estación del año de fallecimientos	78
10.4.2 Edades de fallecimiento.....	78
10.4.3 “Pasa a Lomas”.....	80
10.4.4 Procedencia.....	81
10.4.5 Personas con más de 70 años al ser internadas.....	82
10.4.6 “Colocada por”	84
10.4.7 “Color”	86
10.4.8 Causa de muerte registrada.....	86

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

10.5 El objeto historia clínica.....	86
10.6 Análisis de las HC. Mirada transversal	91
10.6.1 Origen social y vínculos sociales.	92
10.6.2 Proceso salud enfermedad atención.....	96
10.6.3 Actores y políticas públicas	108
10.7 Historias críticas. Reconstrucción de recorridos de internación.....	110
10.7.1 Felisa. Soltera, bordadora. Pus, agua de Alibour y Cardiazol.	110
10.7.2 Clelia. Fallece en 1959. Restraint, diarreas, alta a pedido de familiares.	113
10.7.3 NN. Registros de averiguación de identidad y muerte	117
10.7.4 Elsa Inmigrante española, “sirvienta”	119
10.7.5 Gabriela. Desenlace en menos de 2 años. Llega desde el Piñero.	125
10.7.6 Tita. Procedente de Comodoro Rivadavia.....	127
10.7.7 Romina, supervivencia, 69 años al ser internada.....	129
10.7.8 Marité. Reingresos y fugas.	133
10.8 Datos demográficos	137
10.9 Sobre el Hospital. Diario La Prensa.	138
11. DISCUSIÓN.....	140
11.1 El objeto historia clínica de un manicomio. Evolución de HC.....	141
11.2 Introducción a los cuatro momentos	145
11.2.1 Un Asilo de crónicas. Moral (1908-1946) y shock (1946-1956).	145
11.2.2 Escasa formación, psicofármacos y ajuste (1957-1959).	155
11.2.3 Los 60 cortos. Circuito de ingreso. (1960-1967).....	163
11.2.4 Hubo una vez un centro piloto. Veranita antimanicomial. (1968-1971).....	168
11.3 Matar con la indiferencia ¿Cuándo mata más?.....	177
12. COMENTARIOS FINALES y NUEVAS PREGUNTAS	187
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

1. INTRODUCCIÓN

Mediante la presente tesis de maestría nos proponemos describir y caracterizar las particularidades que adquieren los recorridos de internación de las mujeres fallecidas en el Hospital Esteves de la provincia de Buenos Aires en el período 1957-1971, contexto del nacimiento de las políticas de salud mental en la Argentina (Galende, 1990).

Las políticas de salud mental nacieron en el mundo en la segunda posguerra. En la Argentina hacia fines de la década de los años cincuenta se sucedieron distintos procesos que dan cuenta de tal emergencia. Se creó el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 1957), las primeras carreras de Psicología, los centros de salud mental y los servicios de psicopatología en hospitales generales (Carpintero & Vainer, 2004; Galende, 1990). El campo de la salud mental surgió en un contexto de discusión acerca de la capacidad del hombre para dominar y destruir a otros hombres, es decir una discusión sobre el poder. Como campo de saberes y prácticas nació a partir de un reordenamiento de los problemas y enfermedades mentales y ante la crisis de las categorías teóricas, prácticas e institucionales de la psiquiatría asilar manicomial (Galende, 1990).

En cuanto al Hospital Esteves, se observa que entre los años 1957 y 1971 se produjo un crecimiento en el número de fallecimientos de personas internadas. Comprender este aumento constituye el sentido más profundo de esta investigación. Apoya el recorte elegido la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en 1957 y el cierre del Centro Piloto de Comunidad Terapéutica (CP) del Esteves en 1971. Dicho CP había sido impulsado por el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) de 1967 durante la dictadura de JC Onganía y fue desmantelado por el Ministro de Bienestar Social, Oficial Naval F. Manrique durante el gobierno -también de facto- del Gral. de Brigada R. Levingston (Carpintero & Vainer, 2004).

Esta investigación se enmarca en dos proyectos de investigación que se desarrollaron en el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús (ISCo, UNLa): “Un análisis del archivo de las Historias Clínicas del Hospital Esteves de la Provincia de Buenos Aires (1897-1987) desde la Epidemiología Sociocultural” y “Una aproximación a las muertes de mujeres, varones y niños en el Hospital Psiquiátrico José Esteves de la provincia de Buenos Aires entre 1959 y 1973” de los cuales participé como becaria. El primero desarrolló una aproximación socio-epidemiológica al análisis del registro de cuatro mil historias clínicas cuyo repositorio es el Archivo General de la Nación (AGN) y el segundo estudió dichas historias clínicas pero a partir de un recorte temporal específico.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

2. PROPÓSITO

Promover una mirada crítica acerca de los procesos de internación, vida y muerte en los espacios manicomiales y acerca de las tensiones en la implementación de las políticas públicas en salud mental.

3. JUSTIFICACIÓN

La promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N°26.657/2010 puso en agenda y en discusión las concepciones y prácticas vigentes en el campo de la salud mental y el modo en que se materializan las políticas en salud mental. Las discusiones en torno a cómo se instrumenta la desmanicomialización sin confundirla con la deshospitalización y/o con el otorgamiento de altas compulsivas sin considerar cuestiones como vivienda, trabajo, lazos sociales se hacen cada vez más presentes en las jornadas y congresos de salud mental actuales. Tal como plantea F. Basaglia (2008) pensamos la Ley como un escalón, como un paso en la modificación del trabajo en salud mental, no como un fin en sí mismo sino. En este punto la aplicación de la Ley depende de los trabajadores, de los sindicatos, usuarios, familiares, partidos políticos.

La nueva Ley se abocó centralmente a legislar en materia de internaciones voluntarias, involuntarias, equipo interdisciplinario interviniente, dispositivos alternativos que deberían crearse, entre otros. Considera a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho alejándose de una perspectiva tutelar. Su implementación plantea el gran desafío de elaborar nuevas formas de abordar el padecimiento mental. Para poder realizar estas transformaciones es necesario analizar las concepciones hegemónicas y prácticas precedentes que tanto institucional, clínica, judicial y socialmente validan ciertos procedimientos y producen resistencias a la aplicación de dicha normativa desde una perspectiva de derechos. Asimismo el biologicismo reduccionista, la hegemonía biomédica, la industria farmacéutica y un modo instalado de resolución de problemas sin demora (*prêt à porter*) vía el consumo de fármacos también ejercen resistencia a estas transformaciones.

En este sentido el registro de las prácticas y los recorridos de internación de personas que estuvieron internadas/institucionalizadas y fallecieron en el manicomio es fundamental para visibilizar lo que implicó esta perspectiva de abordaje para la vida de estas personas¹. El hecho de que sea un manicomio para mujeres y de la provincia de Bs As, cuando los más estudiados han sido los de la capital y entre ellos los de varones implica aproximarse a un tipo de establecimiento menos conocido.

Elegimos los catorce años con mayor cantidad de fallecimientos del siglo. Esos años paradójicamente coinciden con el nacimiento del campo y las políticas de salud mental en nuestro país. A fines de la década de los años 50 y en la de los años 60 las discusiones en

¹ El uso del concepto manicomio refiere al dispositivo de encierro y control que desarrollaremos en el marco teórico.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

torno a la institucionalización de prácticas preventivas en centros de salud mental y el trabajo en la comunidad, evitando internaciones prolongadas resultaban centrales. El llamamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a transformar los psiquiátricos en comunidades terapéuticas databa de 1953.

Por su parte el mismo proceso de investigación apoyó la elección del recorte realizado debido a que hallamos un artículo en la Revista Acta Neuro-psiquiátrica Argentina de la Dra. S. Bermann, referente en salud mental para aquel momento, (1959) donde señalaba que el Hospital Esteves para los años 1956, 1957 y 1958 tenía entre sus egresados un elevado número de días de internación (similar al de otras colonias de crónicos) y a la vez tenía un alto porcentaje de mortalidad que rondaba el 30%. Ella planteaba que estos datos le resultaban llamativos. En la actualidad con una LNSM que legisla la sustitución de manicomios por dispositivos alternativos (art. 27), con reiteradas noticias y denuncias de muertes evitables en hospitales monovalentes y con una profundización del ajuste económico en curso dicha elección no es ingenua. Escribo mi tesis de maestría desde una Universidad Nacional intentando que aporte elementos que favorezcan una atención en salud mental centrada en la producción de cuidados y salud.

En lo personal, desde hace casi cuatro años trabajo como becaria en un equipo que inicialmente se enmarcó en el proyecto de investigación “Un análisis del archivo de las Historias Clínicas del Hospital Esteves de la Provincia de Buenos Aires (1897-1987) desde la Epidemiología Sociocultural” con sede en el ISCo- UNLa. En el trabajo con las HC me encontré con distintas cuestiones que me llamaron la atención. Primero que todas las personas morían. Sólo un tiempo después reparé en que era un archivo de historias clínicas de personas fallecidas. Asimismo me sorprendía una copia de un telegrama que solía estar en las HC suelto. Ante el fallecimiento de una persona se enviaba a sus allegados una nota que aproximadamente decía así: “Ha fallecido xxxxx xxxxx (nombre y apellido de la persona). Conteste si se hace cargo”. En numerosas oportunidades las familias retiraban el “cadáver”. En muchos otros casos quien retiraba los cuerpos era un empleado de la Facultad de Medicina. Siempre pensé que esa escena condensaba un modo de hacer con el cuerpo, la vida y la muerte de una mujer internada en un manicomio. Esto me interpeló acerca de los posibles abandonos o rupturas de lazos sociales. Me conmovía la enorme vulnerabilidad de las personas internadas en un manicomio en tanto existiera un tercero, como plantaba el psicoanalista F. Ulloa (1995), un otro garante de la ley que pusiera límite a una situación de objetivación y encerrona trágica.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Otra cuestión que me conmovió y definió en tal sentido fue la conversación con una actual trabajadora social del Esteves quien comentaba que una de las cosas que más atemorizaba a las pacientes hoy en día era justamente morir en el hospital -tal como todas las personas cuyas historias clínicas (HC) están en el fondo documental.

Asimismo como psicóloga formo parte del equipo docente de la cátedra II de Salud Pública Salud Mental de la Facultad de Psicología de la UBA entre cuyos núcleos temáticos se encuentran la perspectiva de derechos, los derechos de las personas con padecimiento mental, el surgimiento del campo de la salud mental, los modelos de atención en salud mental entre otros.

Por último mi formación de grado y mis primeros años trabajando en la clínica psicológica me han interpelado profundamente acerca de la posible función normalizadora y de control técnico-político de quienes trabajamos en este campo. Salvando las abismales diferencias de época al encontrarme confeccionando historias clínicas de mi propia práctica profesional pude notar algunas dificultades en el hacer concreto de estos procesos. Esto cuestionó mi modo actual de confeccionar una historia clínica (contenido no contemplado por la currícula de mi facultad) y me permitió repensar cuestiones vinculadas a cómo registramos los trabajadores de salud y en especial los de “salud mental” los tratamientos que desarrollamos.

4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

Las HC con las que trabajamos se encuentran disponibles en el Departamento de Archivo Intermedio del Archivo General de la Nación (AGN). Corresponden a las personas fallecidas en el hospital desde su creación en 1908 y hasta 1987. A fin de proteger los datos sensibles y que sea posible realizar estudios estadísticos y epidemiológicos el AGN ha confeccionado una base de datos (AGN, s/f) que organiza el material disponible de tal modo que excluye el nombre completo y los datos sensibles que puedan identificar a las personas internadas. El tipo de estudio que realizaremos sigue esta línea de cuidado de los datos de las personas (Pak Linares, s/f).

Para poder definir una pregunta-problema en el proceso de investigación realizamos un recorrido con avances, retrocesos y sucesivos recortes. En un inicio y por un interés particular pensamos en describir los registros que hubiera en las HC sobre el proyecto piloto de comunidad terapéutica que funcionó en el Esteves entre 1968 y 1971. Sin embargo, dado que tal interés no surgía principalmente del relevamiento de historias clínicas este tema fue quedando en suspenso. Con el tiempo nos percatamos de que metodológicamente posiblemente fuera errado centrar una investigación del centro piloto en historias clínicas de este fondo documental debido a que según sus protagonistas la mayoría de las personas que participaron de tal experiencia fueron externadas antes de los tres meses (Grimson, 1972). Luego, a partir de un análisis preliminar de datos que indagó sobre cantidad de personas que ingresaron por año consideramos estudiar los ingresos al Esteves. Pero tal estudio habría sido sólo de los ingresos de las personas que fallecieron durante la internación. Por ende decidimos trabajar sobre la característica que abarcaba a todo el fondo documental: las personas fallecidas durante su internación.

Según un análisis preliminar de los datos notamos un crecimiento en el número de muertes en el período 1957-1971 por lo que decidimos estudiarlo. Como hemos mencionado paradójicamente dicho momento coincide con el nacimiento del campo de la salud mental en nuestro país y en el mundo (Galende, 1990).

Si bien el Esteves fue inaugurado en 1908 como anexo del Hospital Nacional de Alienadas (actual Braulio Moyano), según el fondo documental disponible (AGN, s/f) el primer registro de fallecimiento de una persona internada corresponde al año 1932 dentro del fondo documental al que accedimos. En un inicio interpretamos tal dato como que desde su apertura y hasta el comienzo de la década de los años 30 las personas internadas o bien habían

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

sido externadas o bien habían muerto a posteriori de 1932. Sin embargo, a partir de una visita al área de estadística del Hospital Esteves en 2015 al conversar con su responsable nos comentó acerca de una caja que tenían con las historias clínicas “históricas”. Al revisarlas contamos 75 historias clínicas de los primeros años del Esteves. Debido a que el fondo documental que nosotros trabajamos no las incluye y que comprende a 4058 historias, las primeras 75 quedarán por fuera de nuestro estudio y quizás en otra oportunidad puedan ser estudiadas.

El último registro de fallecimiento de las HC del fondo documental es de 1987. De las 4058 personas fallecidas en internación entre los años 1932 y 1987, más de la mitad (2088) fallecieron entre 1957 y 1971. De este último grupo, el 96% eran mujeres y una de cada cuatro (516) llevaba menos de 2 años de internación característica poco usual en el resto del siglo. A su vez, casi la mitad del total eran inmigrantes europeas.

En estos años la cantidad de muertes por año creció. Hasta 1957 se habían registrado como máximo 125 fallecimientos en un año y a posteriori de 1971 el máximo registro anual fue de 124 fallecimientos. Ahora bien, en el período de estudio la cantidad de fallecimientos por año varía entre 109 y 215 produciéndose 3 picos: el más pronunciado en 1959 (215 muertes), otro en 1967 (167 muertes) y otro en 1971 (142 muertes) (ver Tabla 1) (ver Figura 1). Estas particularidades justifican el interés por estudiar el período mencionado.

Tabla 1- Distribución de frecuencias de fallecimientos por año en el Hospital Esteves de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Año de Fallecimiento	Total de personas fallecidas
1932	1
1947	34
1948	64
1949	93
1950	75
1951	84
1952	125
1953	108
1954	89
1955	96

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Tabla 1. Continuación

1956	83
1957	109
1958	109
1959	215
1960	135
1961	144
1962	144
1963	141
1964	140
1965	138
1966	134
1967	167
1968	129
1969	124
1970	117
1971	142
1972	72
1973	124
1974	90
1975	91
1976	81
1977	77
1978	67
1979	66
1980	78
1981	56
1982	58
1983	52
1984	68
1985	37
1986	54

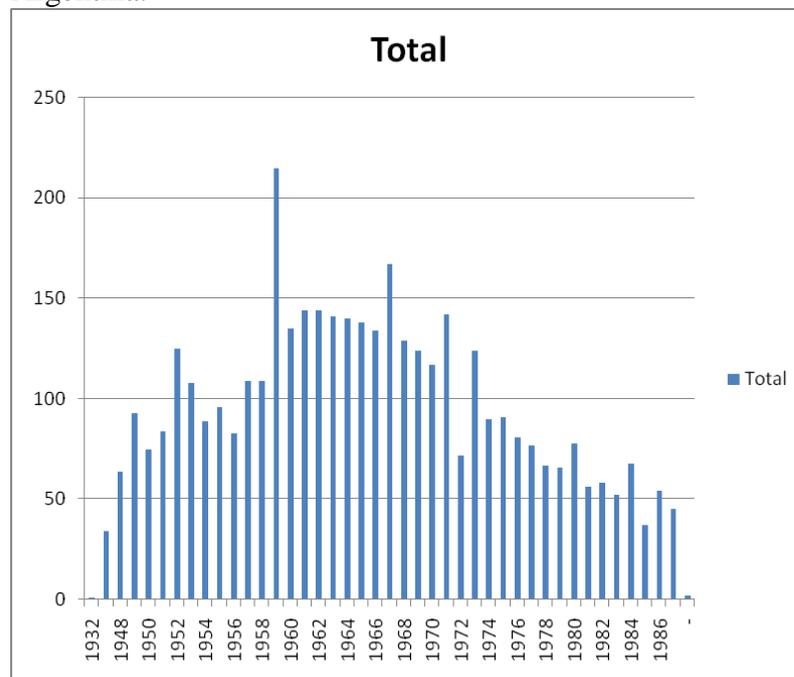
Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Tabla 1. Continuación

1987	45
-	2
Total general	4058

Fuente: Elaboración propia a partir de base general de Historias Clínicas realizada por el Archivo General de la Nación (s/f).

Figura 1- Distribución de frecuencias de fallecimientos por año en el Hospital Esteves de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provenientes de base general de Historias Clínicas del Hospital Esteves realizada por el Archivo General de la Nación (s/f).

A partir de este análisis preliminar algunas de las preguntas que nos surgieron fueron las siguientes.

A nivel de recorrido: ¿Quiénes son las mujeres que mueren en el período 1957-1971 en el Hospital Esteves? ¿Cuál es su nacionalidad? ¿A qué edad fueron internadas? ¿Cuál era su ocupación? ¿En qué momento histórico fueron predominantemente internadas? ¿Qué signos y síntomas se consideraron para su internación? ¿Cómo ingresaron al manicomio? ¿Quién las internó? ¿Cómo fueron sus recorridos de internación? ¿Cuáles fueron los diagnósticos y tratamientos registrados? ¿Qué cantidad de ingresos y egresos tuvieron al hospital? ¿Cuántos años de internación llevaban al momento de fallecer? ¿A qué edad fallecieron? ¿Qué causa de muerte se registró? ¿En qué pabellón estaban?

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

A nivel hospitalario ¿Cuántas mujeres había internadas en el Esteves en ese momento? ¿Qué especialidad tenían quienes las atendían? ¿Qué cantidad de camas había en el hospital? ¿Varió tal número en esos años? ¿Cómo eran los tratamientos recomendados y aplicados por los médicos en ese momento? ¿Cuál era el promedio de tiempo internación? ¿Cuál era la tasa de externación del Esteves para ese momento? ¿Hubo algún cambio en los procedimientos terapéuticos del hospital en ese momento? ¿Se incorporó en esos años algún tipo de tratamiento terapéutico? ¿Hubo traslados significativos provenientes de otros hospitales? ¿Cómo eran los salarios de quienes trabajaban en el hospital? ¿Hubo alguna crisis institucional al interior del hospital? ¿Cambió la dirección?

A nivel macro ¿Cuál era la esperanza de vida en el exterior del manicomio para tal período y cuál al interior? ¿Cómo era el contexto económico político de tal período histórico? ¿Cuáles eran las políticas públicas en salud mental en ese momento? ¿Qué discursos científicos circulaban en torno a la locura en ese momento?

En el proceso de definición del problema se sumaron los aportes de los intercambios con la directora (Dra. Anahí Sy) y el co-director (Alejandro Vainer), con informantes clave en tanto trabajadores del Esteves en ese período (Dr. Miguel Vayo y Dr. Wilbur R Grimson) y otros informantes especializados en estas temáticas (Lic. Graciela Cohen, Lic. Alicia Stolkiner) que nos han orientado acerca de qué y dónde buscar cierta información.

A partir de ello, la pregunta de investigación quedó definida de la siguiente manera: ¿Qué dimensiones permiten comprender el crecimiento en el número de muertes entre 1957 y 1971 entre las mujeres internadas en el Hospital Esteves, considerando su contextualización sociohistórica, política, económica e institucional?

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

5. OBJETIVO GENERAL

Describir y caracterizar las particularidades que adquieren las internaciones de las mujeres fallecidas en el período 1957-1971 en el Hospital Esteves a través un análisis de sus historias clínicas orientado a comprender el crecimiento en el número de muertes.

5.1 Objetivos específicos

- 1) Elaborar un perfil socioepidemiológico de las mujeres fallecidas en el período 1957-1971 en el Hospital Esteves.
- 2) Conocer y caracterizar los recorridos de internación de las mujeres que fallecieron entre 1957-1971 en el Esteves a través del análisis en profundidad de un número acotado de historias clínicas.
- 3) Poner en relación tales recorridos con la historia del Hospital Esteves.
- 4) Poner en relación tales recorridos con el contexto institucional, sociodemográfico y económico político así como con las políticas en salud y salud mental.

6. HIPÓTESIS

El aumento en el número de muertes puede comprenderse a través de una trama donde se superponen aspectos vinculados a un nivel microanalítico, propio del recorrido de internación de las mujeres, pero a la vez a cuestiones vinculadas al contexto institucional (de los discursos sociales en torno a la “locura” y su tratamiento, debates y crisis) y al económico político (modelo de estado, tipo de gobierno, políticas en salud y en salud mental, presupuesto asignado, recursos del hospital, jurisdicción y dependencia del mismo, cantidad de rentas, higiene, condiciones de vida, condiciones de trabajo en salud). Dentro del nivel institucional incorporaremos todo aquello que refiera a debates en salud mental, al nacimiento del campo de la salud mental, al cuestionamiento al manicomio y a la psiquiatría clásica, la discusión en torno al presupuesto a prácticas extramurales o a las manicomiales, las “revoluciones terapéuticas, el desarrollo de los psicofármacos, las propuestas antimanicomiales, la discusión en relación a la formación de los trabajadores, las crisis en relación a los discursos y prácticas instituidas.

En tanto se trata de una investigación de tipo exploratoria, en esta etapa se presentan hipótesis generales o de trabajo antes que contrastativas. Formulamos las siguientes hipótesis a partir de entrevistas con informantes clave y relevamiento bibliográfico. Podemos arriesgar que el aumento en la cantidad de muertes podría deberse a una combinación de circunstancias tales como:

- Mujeres cuya muerte es el desenlace de un largo proceso de internación, incluso en edad avanzada.
- Inclusión de nuevas patologías (ej. alcoholistas) y nueva población (ej. varones) en el hospital.
- Traslados de población internada de otro hospital. O cambios en el circuito de internación, cambios en los recorridos habituales de las personas internadas, etc.
- Variación de la cantidad de camas.
- Alimentación deficiente.
- Ausencia de cuidados y controles clínicos regulares.
- Alto recambio de pacientes y por ende frecuentes externaciones y egresos.
- Introducción de nuevos tratamientos, como por ejemplo los vinculados al descubrimiento y comercialización del Haloperidol y la Clorpromazina.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

-Reducción de presupuesto (bajos salarios de los trabajadores, poca cantidad de trabajadores, deficientes condiciones habitacionales/higiene y de alimentación).

-Tensiones en la implementación de políticas públicas de salud mental.

-Mejoras en los registros debido a la existencia de un ente nacional regulador a partir de 1957.

-Crisis institucionales.

-Contexto de crisis/inflacionario/desempleo.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

7. ESTADO DEL ARTE

7.1 *Psiquiatría y políticas de salud mental en la Argentina*

No existe hasta el momento en el ámbito de estudio de la historia de la locura, de la psiquiatría y del campo de la salud mental una propuesta que abarque todo el territorio argentino, ni lo sistematice completamente desde el período colonial hasta nuestros días (Stagnaro, 2006). Ha habido según J.C. Stagnaro presentaciones de la especialidad segmentada según: las etapas de la historia política nacional, la sucesión de pro-hombres de la psiquiatría, tópicos. Otros estudios se han centrado en algún período en particular (Stagnaro, 2006).

En los últimos años ha aflorado una novedad en el campo de la historia del campo psi en la Argentina. Los investigadores en historia de las distintas disciplinas que componen este campo han comenzado a articular sus estudios. Anteriormente los intercambios sobre temas históricos del campo psi habían sido casi nulos (Stagnaro, 2006).

De proponernos presentar algunos hitos de la historia de la psiquiatría en la Argentina, el primer manicomio fue el de mujeres (Ingenieros, 1957) creado en 1854 por presión de la Sociedad de Beneficencia que hizo que se trasladaran las “dementes” que con anterioridad estaban en cárceles (sujetas con cadenas) o vagaban por las calles y quintas mendigando al edificio de la vieja Convalecencia. Por esos años, las 68 internadas se ocupaban en su mayoría de la confección de ropas para el ejército. Ingenieros (1957) describe que la Sociedad de Beneficencia era quien estaba a cargo de ese primer asilo junto con religiosas. La asistencia médica era muy irregular, los médicos pasaban de visita y cuando ellos no estaban eran las religiosas las que decidían las medidas de coacción a aplicar en casos de “urgencia”.

H. Vezzetti (1985) mostró que en nuestro país, el primer asilo de mujeres centraba sus actividades en la regulación religiosa y moral de la conducta y no tanto en prácticas médicas. El trabajo era considerado una condición para la cordura.

El hacinamiento en los hospicios era tal que ya para principio del siglo XX, el médico argentino Domingo Cabred, discípulo de Lucio Meléndez –Director del Hospicio de las Mercedes- a posteriori de conocer las experiencias de tratamiento “Open Door” impulsó la apertura de colonias rurales como la de Melchor Romero (Ciudad de La Plata) o la “Colonia de Luján” para hombres (Vezzetti, 1985; Marquiegui, 2010; Stolkiner, 2003; Galende, 1990; Ingenieros, 1957). En ese marco se creó también el Anexo de Lomas (actual Esteves) para

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

“desahogo de la gran masa de crónicas que obstruían la asistencia de las agudas” (Ingenieros, 1957, p. 101). La presencia de la Sociedad de Beneficencia y de religiosas era notablemente marcada en los hospitales psiquiátricos de mujeres².

Por su parte, E. Carpintero y A. Vainer (2004; 2005) desarrollaron la configuración del campo de la salud mental en el período 1957-1983. Explican su periodización vinculando su inicio a la creación del Instituto Nacional de Salud Mental, a la creación de la carrera de Psicología en la UBA, y a la experiencia de M. Goldenberg en el Hospital Aráoz Alfaro de Lanús. Es importante señalar que ellos vincularon lo que sucedía en el campo de la salud mental con lo que ocurría social y políticamente en ese momento. En su primer tomo describieron y explicaron lo ocurrido en este campo en la década de los años 60 y es la referencia base central para conocer acerca de los actores, las discusiones, las apuestas en dicho campo en esos años.

Por otro lado, en su tesis de maestría sobre la atención en salud mental en el INSSJP Rodríguez (2015) realizó una síntesis histórica acerca de los modelos de atención en salud mental en Argentina debido a que le interesaba su relación con el tipo de financiamiento. Allí describió el modelo asilar manicomial, la psiquiatría dinámica, el nacimiento de las políticas de salud mental, la experiencias de comunidad terapéuticas, entre otros.

7.2 Muerte en el manicomio

Numerosos estudios han planteado que la tasa de mortalidad de personas internadas en hospitales psiquiátricos es mayor que la de la población general (Lonjedo Monzo, Gómez Beneyto & Sala Such, 1991; Wieja, Romero & Melo, 2001).

J. Lonjedo Monzo, Gómez Beneyto & Sala Such (1991) estudiaron la mortalidad de pacientes internados en un hospital psiquiátrico en Valencia entre los años 1974-1985 y destacaron que la tasa de mortalidad de los pacientes internados en el neuropsiquiátrico era siete veces mayor que la de la población general (67 por mil a 9 por mil). La edad promedio de las mujeres del hospital al morir era de 53 años. En su estudio señalaron como llamativo

² Para 1881 había 377 personas internadas cuando la capacidad estaba calculada para 200 camas. En 1894 se comenzó a construir un hospital de tratamiento de 28 edificios con capacidad para 1200 camas. Para esos años A. F Piñero director del hospicio también formuló la “conveniencia de construir un asilo suburbano o rural, para desahogo de la gran masa de crónicas que obstruían la asistencia de las “agudas”... se realizó poco después con la fundación del “Asilo de Alienadas de Lomas” (Ingenieros, 1957, p.101). Para ello la Sociedad de Beneficencia solicitó al gobierno la cesión de una quinta. Para 1919 Ingenieros (1957) calculaba que había 8800 internados: 1650 en HNA, 550 en el asilo de Lomas, 1500 en Hospicio de las Mercedes, Colonia Luján 1250, Colonia Melchor Romero 1200, Colonia Mixta de Oliva 1600, entre otros.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

que mientras las muertes accidentales en el hospital psiquiátrico constituían un 30% (aproximadamente) del total de muertes, en la población general esa proporción era del 6%. Para realizar este estudio se basaron en HC, archivos del hospital, registros de defunciones del sacerdote del centro, registro de defunciones del Juzgado correspondiente. Una cuestión a destacar es que los años de tasas de mortalidad más altas coincidieron con aquellos en que el hospital atravesó circunstancias de mayor conflictividad. Estos investigadores plantearon que no existen muchos estudios referidos a este tema y que la mortalidad de las personas internadas podría ser un indicador fundamental de su funcionamiento (Lonjedo Monzo, Gómez Beneyto & Sala Such, 1991, p. 181). Cabe destacar que mencionan una investigación de Langley (1983) que encontró que la frecuencia de suicidios aumentaba en un 30% durante la ausencia del jefe de servicio en un hospital

F. Chapireau (2007) realizó un estudio demográfico en Francia sobre la mortalidad en hospitales psiquiátricos durante la II Guerra Mundial. Planteó que la escasez alimentaria que afectaba a la población en general fue de suma importancia en los hospicios donde la mortalidad fue un 50% mayor que en la población general. Las muertes por desnutrición y enfermedades infecciosas afectaban especialmente a los pacientes psiquiátricos por circunstancias que pre-existían a la guerra en los hospitales psiquiátricos en términos de alimentación, higiene, personal a cargo. Este estudio permite pensar en el posible desgaste de la salud de las personas internadas en neuropsiquiátricos y por ende que dicha internación las vuelve más vulnerables a momentos de crisis que afectan a toda la población pero especialmente a los internados en psiquiátricos.

Borenstein, Pereira, Ribas & Alves de Almeida Ribeiro (2003) realizaron un estudio de tipo histórico que se propuso describir cuestiones generales del equipo de Enfermería y de los pacientes internados en el Hospital Colonia Sant'Ana en el período de 1941-1960. Para ello entrevistaron a trabajadores de aquellos años y utilizaron otras fuentes documentales. Destacaron la presencia de religiosas (con un papel central en los cuidados, higiene, alimentación y prácticas de enfermería), enfermeros que intervenían desde una base empírica sin formación académica, vigilantes que ingresaban usualmente por vínculos familiares con personal del hospital. Según ellos las condiciones generales eran precarias, las personas perdían sus vínculos familiares y quedaban institucionalizados crónicamente. Asimismo plantearon que la higiene precaria y la escasez de ropa limpia predisponían a infecciones, como escabiosis y pediculosis y que las condiciones de trabajo estaban lejos de lo ideal.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Por su parte en Finlandia, Räsänen, Hakko, Viilo, Meyer-Rochow & Moring (2003) realizaron un estudio sobre mortalidad en pacientes internados con larga estadía en psiquiátricos entre los años 1992 y 2000. Plantearon que el riesgo de muerte por cualquier causa en hombres y en mujeres era cuatro veces más alto en los pacientes psiquiátricos con larga internación respecto de la población general y atribuyeron dicha diferencia a la escasa atención de enfermedades clínicas somáticas en los hospitales psiquiátricos.

Por su parte Wieja, Romero & Melo (2001) estudiaron las causas de muerte de personas internadas en el hospital psiquiátrico A. Korn (provincia de Bs As). Realizaron un estudio sobre mortalidad en pacientes internados en los sectores de agudos, subagudos y crónicos de este hospital a partir de los registros de defunción para el período julio 1997-junio 1998. Incluyeron las causas respiratorias como la principal causa de muerte, estando incluidas entre las primeras, la insuficiencia cardíaca y sepsis. Plantearon que:

(...) Antiguamente los enfermos psiquiátricos debían sufrir las enfermedades debidas a la institucionalización, los cuidados médicos por debajo del estándar y el progresivo deterioro mental que determinaban un aumento del riesgo de muerte (Wieja, Romero & Melo, 2001, p. 249).

Por ende llegaron a la conclusión de que habría un posible efecto beneficioso de la desintitucionalización sobre la mortalidad por enfermedades infecciosas como la neumonía (Wieja, Romero & Melo, 2001).

El Informe “Vidas arrasadas” del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Mental Disability Rights International (MDRI) (2008) describió el estado de los hospitales psiquiátricos en la primera década del siglo XXI. Así denunció las violaciones a los derechos humanos de las personas segregadas/detenidas/internadas en psiquiátricos argentinos. Se destacó la existencia de muertes no investigadas, el uso peligroso de celdas de aislamiento, el ejercicio de violencia física y sexual, la falta de atención médica, las condiciones antihigiénicas e inseguras así como los casos de sobrepoblación y falta de derivaciones oportunas.

Por su parte Maruelli (2015) en su tesis de maestría estudió los procesos de atención y mortalidad en un Hospital Neuropsiquiátrico de la Ciudad de La Plata. Ella plantea la necesidad de desnaturalizar el hecho de que la mortalidad en neuropsiquiátricos sea mayor que en la población general. Entre sus reflexiones insiste en la importancia de la capacitación del personal de enfermería en maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) en especial

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

en los casos de muertes por obstrucción de vía aérea. Destaca que es común que las personas internadas carezcan de la mayoría o de todas las piezas dentales y que no suelen tener prótesis. Tal situación combinada con la administración de psicofármacos que pueden tener un efecto de sedación excesivo podrían combinarse aumentando el riesgo a broncoaspirarse. Maruelli alerta también sobre las muertes súbitas y la necesidad de instalar un monitoreo de drogas siendo que la polimedicación es habitual y los tratamientos no suelen revisarse.

Por último, desde el equipo de investigación que integramos Sy, Pierri, Barrio, Gutiérrez & Naszewski (2015) planteamos que la mortalidad ocurrida en el período 1959-1973 en el Hospital Esteves se vincula a situaciones de crisis institucional. Planteamos que una de las dimensiones para comprender el crecimiento de fallecimientos era la conflictividad institucional y con ello inestabilidad de las prácticas de cuidados y tratamientos que provee la institución, en especial su agudización hacia principio de la década de los años 70.

7.3 Estudios basados en historias clínicas

En cuanto a estudios basados en historias clínicas y su uso como fuente para la investigación se conocen distintos estudios. R. Huertas (2001) puntúa que las historias clínicas proceden y permiten conocer acerca de la práctica médica y sus elaboraciones teóricas pero también permiten realizar otros tipos de estudio como de demografía, epidemiología histórica, así como conocer acerca del funcionamiento de las instituciones de asistencia y las características de una praxis clínica no siempre coincidente con los paradigmas vigentes. De este modo, las historias clínicas han suscitado distintos tipos de investigaciones (Huertas, 2001) que pueden proponer una: a) Ilustración de las distintas doctrinas psiquiátricas. b) Reconstrucción de la práctica clínica, tipificación modelos de actuación médica. c) Historia social que excede las investigaciones de carácter estrictamente clínico pasando a pensar en el perfil de la población ingresada, tiempos promedio de internación, fechas de ingresos y egresos, tipos de egresos, morbilidad, mortalidad, diagnósticos somáticos. Se puede así mismo establecer una epidemiología de la locura en contextos concretos. Las diferencias entre abordajes públicos y privados. Las relaciones con otras instituciones sean juzgados, comisarías, etc. De este modo se estudia la locura y sus instituciones a través de las HC.

Por su parte C. Rivera Garza (2010) trabajó sobre distintos documentos, entre ellos HC del manicomio “La Castañeda” en México para el período 1910- 1930. Destacó las

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

relaciones entre procesos políticos y sociales, como las migraciones y los ingresos a dicho manicomio. También señaló la riqueza de la entrevista de admisión como espacio de registro acerca de la persona internada. Los registros que encontró eran extensos y la palabra de las personas internadas solían estar transcritas o bien incluidas en hojas sueltas en las HC. Rivera Garza asimismo destacó la precariedad en cuanto la remuneración y formación de los médicos tratantes.

En Argentina y con el mismo fondo documental V. Navarraz y M. Jardon (2010) trabajaron desde la Universidad de Buenos Aires con las HC y diagnósticos de las mujeres “alienadas” entre 1900 y 1930 en los Hospitales Nacional de Alienadas y Asilo de Lomas de Zamora (actuales Hospitales Braulio Moyano y J.A Esteves). En el mismo las autoras vincularon datos de esas HC con otros obtenidos de fuentes primarias del campo de la medicina y la psiquiatría que describían sobre la particularidad de la “alienación de la mujer”. A su vez, indagaron las explicaciones causales de la “alienación” en ese momento histórico (1900-1930) y la diferencia con lo que ocurría con los “alienados” varones en ese mismo período. Estas autoras resaltaron que la inmigración social a nuestro país se habría acompañado de una intencionalidad vinculada al orden y al control social. Plantearon que toda disfuncionalidad laboral habría sido pensada desde una perspectiva clínica-criminológica. A su vez destacaron que dentro de los supuestos etiológicos de la enfermedad mental en mujeres se considera el funcionamiento del aparato reproductor femenino como factor principal. En general los diagnósticos hacían referencia a la llamada locura moral vinculada en muchos casos a la descripción de conductas ligadas a la sexualidad de dichas mujeres.

Estas autoras en 2012 analizaron las transformaciones en los diseños de las historias clínicas de los actuales Moyano y Esteves en el periodo que transcurre desde 1903 hasta 1953. La investigación permitió destacar la marcada participación de la Sociedad de Beneficencia desde la inauguración del Hospital; decisiva en lo que respecta a su política institucional³.

Por su parte y desde la Universidad Nacional de General Sarmiento, A. Golcman (2012) estudió la formación de la práctica psiquiátrica y tomó como caso de estudio el Hospital Esteves. Se abocó a visibilizar la coexistencia de paradigmas diferentes referidos a la

³ “Partiendo del análisis de los documentos de los distintos Hospicios se ha podido observar diferencias en la utilización de los diagnósticos, y en la descripción de los síntomas según género. Asimismo, la escasa presencia de médicos en la atención de las pacientes, el cuidado encargado a religiosas, y el tipo de tratamiento que recibían; permiten destacar diferencias en el modo en que fue considerada la enfermedad mental en la mujer.” (Navarraz & Jardon; 2012, P.138)

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

salud mental en una misma institución y para ello estudió las HC del mismo fondo documental para las personas admitidas en el Hospital entre 1960 y 1979. Complementó su estudio con publicaciones de diarios y revistas del mismo momento. Según ella el contexto político (gobierno de facto, persecución ideológica) influyó en el desarrollo de las experiencias innovadoras (Golcman, 2012).

En nuestra exploración del tema como parte del equipo de investigación de la Universidad Nacional de Lanús presentamos en 2014 un avance de resultados preliminares Sy, Pierri, Granda, Strasser, Visciglia García en el que planteamos la presencia de una simultaneidad e indiferenciación de voces (médico, familiar, policía) en los registros de signos y síntomas de la entrevista de admisión. Asimismo destacamos la potencialidad del trabajo con historias clínicas a la hora de conocer acerca de algunas prácticas de la vida cotidiana en los hospitales psiquiátricos para otro momento histórico.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

8. MARCO TEÓRICO- METODOLÓGICO

8.1 *¿Factores causales? ¿Entramado?*

Consideramos desde la perspectiva de la Medicina Social Latinoamericana que es posible comprender los procesos salud-enfermedad-atención (PSEA) desde distintos niveles de análisis jerarquizados y vinculados entre sí (Castellanos, 1990; Stolkiner, 1994). En esta tesis realizaremos foco en el nivel de lo singular pero necesariamente daremos cuenta de un contexto que construye trama de posibilidad y determinación de dichos PSEA (Iriart et al., 2002).

Lo económico- político, lo institucional y lo singular (Stolkiner, 1994) y lo general, lo particular y lo singular (Breilh, 2009; Castellanos, 1990) resultan inseparables, se entretajan creando una trama. Nuestro foco estará colocado en el espacio de lo singular, que en este caso refiere a los recorridos de internación de las mujeres que fallecieron en el Esteves entre 1957 y 1971, período en que creció el número de fallecimientos.

Los recorridos de internación de estas mujeres serán leídos en clave singular y como particularización de procesos histórico sociales y políticos es decir que se constituyen con los elementos de lo genérico, con la “materia” que le brindan las significaciones sociales de época (Breilh, 2009; Stolkiner, 1994). De este modo el contexto no “influye” en los sujetos, sino que crea tramas de lo posible. Consideramos por ejemplo que si una mujer estuvo internada en el manicomio y murió en determinada circunstancia, los vínculos con su familia, la ocupación, la nacionalidad, el lugar de procedencia, su modo de ingreso al hospital, el marco político de su internación no son variables de contexto que se suman entre sí. Concebirlo de ese modo implicaría fraccionar o desconectar la realidad (Breilh, 2009). Consideramos que lo que ocurra con estos recorridos estará delimitado por estos y otros elementos conjugados en “modos de vida” o de reproducción social que se integran a las contradicciones generales de la sociedad. J. Breilh (2009) propone la categorías de “modos de vida o reproducción social” para comprender el objeto de la epidemiología. Se diferencia de perspectivas funcionalistas que fragmentan la realidad y acaban vinculando factores aislados –proceso no ingenuo que no permite integrar los fenómenos en procesos generativos de los modos de vida y las relaciones sociales- (Breilh, 2009). La propuesta sería integrar el movimiento de las contradicciones generales de la sociedad con la de los modos de vida típicos de sus grupos constitutivos (Breilh, 2009). En este sentido se hace necesaria la articulación entre un nivel micro y otros macro y meso.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

No se trataría tanto de describir variables “sociales” como externas (Vasco Uribe, 1987; Stolkiner & Ardila, 2012) a los recorridos de internación y muerte sino como parte de los mismos. No intentamos ubicar “la variable causal” sino que se buscamos comprender la compleja trama (Vasco Uribe, 1987) que devino recorrido de internación y muerte. De este modo, no prescindimos de variables ni de métodos cuantitativos, sino que intentamos que estos datos no obturaran, ni anticiparan, ni desplazaran a los procedimientos cualitativos.

A partir de las insistencias, particularidades, categorías e interrogantes que surgieron del análisis de las HC fue que definimos qué cuestiones del contexto institucional y del nivel económico político era pertinente y necesario relevar.

8.2 Epidemiología psiquiátrica clásica y Epidemiología en salud mental

Según C Augsburger (2002) los modos de clasificación de los problemas mentales son un punto central para la epidemiología en salud mental. Cuál es su objeto, cómo se manifiestan los problemas de salud mental, cómo ocurren, qué cuestiones intervienen son sus principales preguntas.

Por su parte, la epidemiología psiquiátrica clásica traspolando el objeto de la clínica al de la epidemiología se basó en los llamados trastornos mentales y se centró exclusivamente en procedimientos diagnósticos e instrumentos de medición de carácter únicamente individual. De este modo, invisibilizó las dimensiones histórico sociales o institucionales intervinientes. (Augsburger, 2002) y dejó por fuera de su campo toda una serie de formas de sufrimiento psíquico así como su condición de objeto social e históricamente determinado.

Según Augsburger (2002) en la construcción de un sujeto intervienen distintas instituciones, distintas formas relacionales y ellas son fuente de pertenencia social e integración pero a la vez son uno de los orígenes del sufrimiento psíquico. Los cambios y crisis en tales instituciones (como el trabajo, la escuela y la familia principalmente) y modos relacionales forman parte del objeto de estudio en tanto en esos intercambios se producen los sujetos.

Según ella es necesario crear categorías que sean sensibles a los problemas de salud mental de las poblaciones, problemas que son socialmente construidos en contextos culturales y sociohistóricos definidos y no problemas biológicos (Augsburger, 2002). En esta tesis intentamos pensar los recorridos de internación y muerte en el Esteves pensando los contextos culturales y sociohistóricos que los atraviesan. De este modo pretendimos visibilizar algunas

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

características de la vida en sociedad del momento en estudio, condiciones de vida en el ámbito familiar, migraciones, crisis económicas, planes de ajuste que pueden devenir en espacios de generación de situaciones críticas que contribuyen al padecimiento psíquico.

8.3 *Locura y Manicomio*

M. Foucault (2012) se ha ocupado de conceptualizar el nacimiento político de la psiquiatría como una rama de la medicina. La psiquiatría nació con el Estado Moderno y su concepción de sujeto vinculado a un ciudadano con derecho a deambular y ejercer su libertad, sujeto regido por la razón. Ahora bien, el lugar simbólico y material que se creó para alojar a quienes no se enmarcaban en tales características fueron los manicomios (Foucault, 2012). Los mismos fueron pensados como espacios de curación y cuidado aunque nunca borraron del todo su función de reclusión (Stolkiner, 2003). Foucault (2012) planteó que anteriormente al siglo XVIII el hospital era una institución de asistencia a los pobres y a la vez de separación y exclusión. La no racionalidad o la improductividad convertían a su “poseedor” en un ser peligroso. El hospital al recibirlo protegía al resto de la sociedad de los peligros que entrañaba.

Por su parte, el psiquiatra italiano F. Basaglia (1972) relata la situación hospitalaria que vivían aquellos que estaban internados en manicomios en Italia antes de la reforma en salud mental y resume las condiciones en cuatro palabras “objetivación de los pacientes”. Esto incluye entre otros: hacinamiento, falta de higiene, descarga de agresividad por parte de profesionales sobre los cuerpos y psiquis de los pacientes técnicas que podrían ser calificadas de tortura. A su vez, incluye al hospital psiquiátrico dentro de un conjunto más amplio de instituciones sobre las que se basaría la sociedad. Todas estas tendrían como hilo conductor a la violencia (productora y producto de exclusión) ejercida por aquellos que representan al sistema sobre otros que están bajo su dominio. Este accionar se haría en nombre de una supuesta necesidad y al amparo de cierta producción científica legitimadora. Dentro de este grupo estarían los especialistas del ámbito psi que prepararían a los individuos para que aceptaran su condición de objetos de violencia, de inferioridad social colaborando así a la violencia global. De este modo, Basaglia (1972) problematiza el rol que se le exige a los profesionales de la salud mental que sería el de administrar actos de violencia disfrazados de terapéuticos y legitimados a través de discursos científicos. Con base en una estructura social excluyente en las prácticas psiquiátricas se vislumbrarían el lazo de dependencia entre

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

psiquiatría y justicia, el origen de clase de las personas internadas y la no neutralidad de la ciencia.

En la *Institución Negada* Basaglia (1972) postuló que no es la enfermedad la que hace a la condición de enfermo mental, sino que habría que centrarse en el tipo de relación que se construye con aquel que padece, en su condición social y económica. Según él existen tres modos de relaciones o aproximaciones al “enfermo mental” que no se definen por criterios médicos sino que serían establecidos por el sistema socioeconómico. Cada una de estas formas de relacionarse con el sufriente mental produciría distintas consecuencias de la enfermedad mental. Entre estos modos de relación se encontraría el “institucional” que encuentra a la persona internada en el hospital psiquiátrico sin derechos y abandonada a merced de la arbitrariedad de los profesionales. Según Basaglia, a este modo relacional sólo llegarían aquellos internados que presentan falta de poder contractual. A partir de esta configuración el proyecto de reforma italiana no piensa al internado como enfermo sino como objeto de violencia institucional y al acto terapéutico tradicional como funcional a un sistema excluyente. En este sentido los diagnósticos otorgados a los institucionalizados en los hospitales psiquiátricos resultarían simplemente un etiquetaje que ocultaría la discriminación, la violencia del sistema social que empuja y excluye a estas personas.

A partir de esta elucidación, es que la tradición basagliana afirma la necesidad imperante del análisis crítico y de la transformación de las relaciones a partir de las cuales el poder médico funda sus prácticas. Así la hospitalización de los excluidos se convierte en un tema que atañe al orden social.

Por otro lado, el filósofo italiano G. Agamben (2013) desarrolló el concepto de *nuda vida* como vida a la que cualquiera puede dar muerte pero a la vez, vida que es “insacrificable”. Es una vida reducida a lo viviente, a la vida natural y no a la vida cualificada ciudadana, con derechos. Una vida sin derechos que con la modernidad ingresa a la polis como excepción y a la vez como fundante de ella. Agamben retomando a Foucault plantea como acontecimiento decisivo de la modernidad el aumento de la importancia de la vida biológica y de la salud de la nación como problema del poder soberano que se transforma en gobierno de los hombres produciendo a través de refinadas técnicas políticas una suerte de animalización del hombre. Aparecería así simultáneamente la posibilidad de proteger la vida y autorizar su holocausto. El desarrollo del capitalismo no habría sido posible sin el control disciplinario llevado a cabo por el nuevo biopoder que vía distintas tecnologías produce los cuerpos dóciles que le son necesarios. Consideramos que el manicomio como institución

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

moderna puede ser pensado como un lugar de alojamiento de aquellos seres no productivos que son reducidos a “homo sacer” y por ende degradados a una condición de viviente con una humanidad al menos restringida.

Por su parte, el reconocido psicoanalista argentino F. Ulloa (1995) propone el concepto de mortificación referido a lo mortecino en tanto a dos cuestiones. Una en relación a la condensación de sufrimiento vinculado a lo apagado, falta de viveza y fuerza, al cuerpo agobiado y fatigado. Una vez que esto se instala la persona se encuentra coartada en tanto sujeto pensante. Algunos indicadores que dan cuenta de este proceso son la falta de valentía, la resignación acobardada, la ausencia de alegría, la queja y ausencia de protesta o transgresiones. La otra línea de pensamiento que refiere Ulloa (1995) es la del paradigma del maltrato como “manicomio” (no necesariamente referida a lo hospitalario). De este modo un proceso central de la manicomialización es el maltrato como productor de sufrimiento. Ulloa (1995) plantea que los etiquetamientos en salud mental niegan toda subjetividad, singularidad y el porqué y el para qué de los síntomas pero al mismo tiempo el diagnóstico psiquiátrico conlleva el pronóstico de cronicidad y deterioro. Contrasta y opone el paradigma de la ternura con el manicomio. Si el primero produce un sujeto inscripto en una historia familiar, el segundo como paradigma máximo del maltrato produce cuerpos mortificados, sin alma. Plantea también que la imposición de la ley del más fuerte, la “protoescena manicomial”, implica una encerrona trágica que anuncia que se avecinan procesos manicomiales. El manicomio como tal excede el psiquiátrico pero en él es donde se ven sus prácticas y productos más extremos. El “virus causante” de la mortificación para Ulloa (1995) sería justamente la “encerrona trágica”. La misma es definida como toda situación en la que un sujeto para vivir, trabajar, recuperar la salud entre otras cosas, depende de alguien que lo maltrata o que lo destrata sin tomar en cuenta su situación de invalidez. En dicha situación existen dos lugares sin que medie un “tercero de apelación”: el “represor” y el “reprimido”. Ulloa plantea que el paradigma de la encerrona es la mesa de torturas y el afecto en juego es del orden de lo siniestro como amenaza. La misma produce una forma de dolor psíquico en la que se vive como familiar lo hostil y arbitrario (acostumbramiento). Este dolor siniestro se presenta como un dolor sin salida en tanto no aparezca un tercero que ponga un límite a tal escena y se instale como destino la resignación.

El síndrome de violentación institucional (SVI) (Ulloa, 1995) refiere a la arbitrariedad máxima de violencia institucional donde es imposible pensar la transformación de las reglas de juego. Produce un proceso de burocratización, pérdida de sentido de la tarea y una

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

dificultad enorme para poder atender a las demandas de alguien que sufre. Hace referencia a un autoritarismo pronunciado. Aquellos que ingresan a una institución donde se ha instalado el SVI, al principio lo notan pero luego a cambio de obtener alguna comodidad en la institución se acostumbran a tal cultura. Implica ensordecimiento, acostumbramiento, individualismo o aislamiento, fragmentación, alienación.

Por último H. Vezzetti (1985), destacado psicólogo argentino, claramente destacó que la locura no es un concepto, es decir que no existe como entidad previamente definida perdurable en el tiempo. La locura como objeto de conocimiento e intervención va produciéndose y consiste en una diversidad de fenómenos en el interior de una historia múltiple (Vezzetti, 1985). Aquello que va configurándose como locura ha variado con el transcurrir de las épocas.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

9. METODOLOGÍA

El presente es un estudio exploratorio de casos. El estudio de casos refiere más que a una opción metodológica a la elección de un objeto de estudio e implica el uso de múltiples fuentes de información y diversos métodos (Stake, 1994; Marradi, Archenti & Piovani, 2010). Se persigue un análisis en profundidad que permita comprender el caso y no la búsqueda de regularidades, aunque el caso pueda ser pensado como ejemplo que permita formular hipótesis para comprender algo más que su singularidad (Marradi, Archenti & Piovani, 2010).

El caso es pensado como sistema acotado y singular funcionando y su elección se fundamenta en que resulta un fenómeno novedoso al que se quiere conocer en particular. A su vez la potencialidad del aprendizaje a partir de un caso se diferencia del criterio de representatividad estadística sin convertirse por ello en mejor o peor sino en adecuado al problema de investigación (Stake, 1994). Este tipo de estudio permite crear hipótesis sobre un tema aún no abordado.

Nuestra elección del tipo de estudio se fundamenta en que el crecimiento en la cantidad de muertes en el Esteves en el período 1957-1971 resulta un fenómeno novedoso. De ese período elegimos las ocho HC cuyos recorridos de internación reconstruimos. Los mismos implicaron una descripción del recorrido de internación hasta la muerte de cada una de las mujeres seleccionadas. En la reconstrucción de cada caso se consideró el concepto de PSEA, entendido como clave para incorporar “lo social” a tal proceso y, a la vez, para cuestionar el dualismo salud- enfermedad como estados excluyentes entre sí y que incluye en este devenir a los modelos de atención, sus formas de organización y por ende su accesibilidad para las personas. EL PSEA es utilizado también para ubicar en el centro de este proceso a la producción-reproducción social como matriz social del fenómeno (Vasco Uribe, 1987; Stolkiner & Ardila, 2012). Asimismo formaron parte de la reconstrucción del caso un nivel institucional y un nivel de políticas públicas en tanto entendemos que el recorrido de estas mujeres no es separable de la trama social que la produce. En un nivel de recorrido de internación relevaremos procedencia social, nacionalidad, situación económica y ocupación así como el nivel de instrucción formal, aproximaciones a sus vínculos sociales, el modo de ingreso al manicomio, cómo fue su proceso salud enfermedad atención, cómo era su relación con los trabajadores del Esteves (profesionales, auxiliares, otros), actores involucrados, egresos, reingresos, diagnósticos, tratamientos administrados, problemas clínicos y tratamientos, causa de muerte, modo en que se desencadenó el proceso de muerte (cómo y en

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

qué condiciones fallecieron), los pedidos de informe del sistema judicial, las visitas, las preguntas formales de familiares, el tipo de registros en su HC (frecuencia, legibilidad, profundidad en tanto información brindada). A partir de una articulación con otras fuentes relevadas para un nivel meso y macro de análisis es que se constituyeron en casos.

Si bien inicialmente nos habíamos planteado utilizar el concepto de trayectoria, usualmente utilizado en el campo de las ciencias de la educación, lo tuvimos que dejar de lado debido al tipo de información que es posible construir en dato a partir de la fuente principal para este trabajo que son las HC. Las mismas no dan suficiente información para operacionalizar el concepto teórico de trayectoria, aunque sí podemos conocer modestamente los recorridos de internación que pudimos operacionalizar en relación a tres grandes dimensiones: origen y vínculos sociales, proceso salud enfermedad atención –especialmente referida a la internación-, marco normativo y políticas públicas.

Las HC fueron elegidas en base a un análisis cuantitativo de las HC de las 2088 personas fallecidas en el Esteves en ese período que delimitaron ciertas características comunes. Lo que definió la elección de cada historia dentro del grupo delimitado por estas características fue que habían sido señaladas por el equipo de investigación como “cualitativamente ricas”. El tipo de fuente y la frecuencia de escasos registros en las HC apoyan esta decisión puesto que nuestra intención era que la elección de los casos permitiera obtener información rica para analizar y describir los recorridos de internación. Elegimos así: una española ingresada antes de 1920 (Elsa), una mujer cronificada y fallecida en 1959 (Clelia), una italiana (Tita), una mujer fallecida con pocos años de internación a principio de la década del 60 (NN), una mujer fallecida con pocos años de internación hacia fines de los 60 (Gabriela), una mujer con muchos años de internación fallecida hacia 1971 (Marité), una mujer internada con avanzada edad (Romina) y una mujer soltera (Felisa). Muchas de ellas cumplían también con otras características como que su ocupación registrada fuera “quehaceres domésticos”.

Esta tesis incluye: entrevistas en profundidad a informantes clave, análisis documental, análisis de datos estadísticos. Se trabajó con las HC disponibles en el archivo intermedio del Archivo General de la Nación (AGN) para las que contamos con una base de datos donde han sido ordenadas por año de ingreso (4058 historias clínicas), con datos de nacionalidad, oficio, año de ingreso y año de muerte. A su vez desde el equipo de investigación al que pertenecemos ha realizado la carga de una base de datos de una muestra aleatoria simple con un número mayor de variables socioepidemiológicas (edad, número de ingreso, diagnósticos,

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

tratamientos, intervención judicial, modo de ingreso, entre otras). Sobre un total de 4058 historias clínicas (HC en adelante) se seleccionó una muestra aleatoria simple de un 20% del total, lo que equivale a 812 HC. El procedimiento que seguimos en la elaboración de la muestra fue ordenar el archivo por año de ingreso, y seleccionar una cada 5 HC -sorteando número de inicio-. De esta muestra trabajamos sólo con las referidas al período en estudio - 372 HC-.

Esta tesis metodológicamente constó de los siguientes momentos:

- Caracterización socioepidemiológica con datos generales de las HC del período

Se realizó una caracterización socioepidemiológica con datos generales (sexo, nacionalidad, ocupación, año de internación, año de fallecimiento, años de internación al fallecer) de las 2088 HC de las personas fallecidas en el período 1957-1971. Este trabajo de análisis consistió en identificar características en general en las HC de las personas fallecidas en el período. Esto lo realizamos con el programa Excel.

A su vez se realizó un análisis de las HC para el mismo período pero con las HC incluidas en la muestra del equipo de investigación -372 HC-.

- Trabajo con HC en profundidad.

A partir de la caracterización socioepidemiológica se delimitaron ciertas categorías recurrentes presentes en un grupo de HC. Dentro de ese grupo de HC fueron seleccionadas las ocho HC. Las mismas fueron transcritas textualmente y analizadas en profundidad. Estas HC fueron analizadas con el programa ATLAS TI a partir de categorías y subcategorías definidas previamente al análisis pero que también se modificaron con el desarrollo del análisis de los datos. Mediante el método comparativo constante (Glaser & Strauss, 1967) buscamos trabajar con la emergencia de categorías y subcategorías de análisis como un proceso inductivo que llevaría a aproximaciones sucesivas hasta lograr cierta 'estabilidad' y ordenación de las categorías. Esto se sustenta en teoría fundada en los datos que a través del método comparativo constante crea teoría.

- Reconstrucción de recorridos de internación y muerte.

Esto implicó una identificación de problemas en común y caracterización de cada una de las categorías para todas las HC. Asimismo realizamos una reconstrucción de ocho recorridos de internación y muerte.

Debido a que esta tesis es exploratoria no pretende que las historias sean representativas estadísticamente aunque sí intentamos que permitiera visibilizar cuestiones

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

particulares que puedan describir recorridos “tipo” o nudos problemáticos que quizás sea necesario explorar en forma más general.

Operacionalizamos la reconstrucción de recorridos de internación y muerte según las categorías de análisis utilizadas en el ATLAS TI

- Puesta en relación dichos recorridos de internación y muerte (nivel micro) con una trama de otros dos niveles que permitan comprenderlas: un nivel institucional (meso) y un nivel económico político (macro).

Tuvimos distintas fuentes de información desde el inicio:

-Base general de historias clínicas producida por el Archivo General de la Nación sobre la que se realizará un análisis cuantitativo.

-Base de historias clínicas que cargó el equipo de investigación (muestra aleatoria de aproximadamente 800 HC) sobre la que se realizará un análisis cuantitativo.

-Ocho historias clínicas como casos sobre las que se realizará un análisis cualitativo en profundidad.

- Entrevistas a informantes clave, trabajadores del Esteves: Dr. W Grimson, Dr. Miguel Vayo, Dra. Lucila Edelman, Dr. Jorge Zrycki. (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013) (Entrevista a Edelman, 2015) (Entrevista a Zrycki, 2015).

- Bibliografía de historia de la psiquiatría en la Argentina y del campo de la salud mental.

- Consultas acerca de fuentes bibliográficas por correo electrónico a referentes del campo de la salud mental: Lic. Alicia Stolkiner, Dr. Emiliano Galende, Dr. Hugo Cohen, Lic. Graciela Cohen.

-Producciones científicas de la época de trabajadores del Esteves o informes/documentos gubernamentales del Instituto Nacional de Salud Mental o del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Revista Acta Neuro-psiquiátrica Argentina. Si bien desarrollamos una búsqueda los boletines epidemiológicos del INSM (en siguientes aportados la explicitaremos) para los años del período elegido, no los hallamos. En esta tesis usaremos siempre el concepto manicomio a excepción de los casos en que las fuentes los nombres como “hospitales neuropsiquiátricos” o cuando dichos términos son parte del nombre de un establecimiento. Como no queremos violentar el sentido de tales fuentes no lo cambiaremos. Ahora bien cuando nosotros nos refiramos a los centros manicomiales lo

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

haremos de ese modo o simplemente como manicomios (si bien no confundimos la institución manicomial con el establecimiento manicomio).

Con el devenir del proceso de investigación y a partir de registros en las HC y en las entrevistas y bibliografía se agregó como fuente la revisión de dos meses en el diario *La Prensa* a partir de dos situaciones de conflicto institucional.

A continuación presentamos un cuadro organizador que presenta la metodología de trabajo.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Cuadro 1- Actividades, variables, definición teórica y operacionalización según objetivos específicos.

Objetivo General	Objetivo específico	Actividades	Variable/categoría	Definición teórica	Operacionalización
Describir y caracterizar las particularidades que adquieren los registros de historia clínica de las mujeres fallecidas en el período 1957-1971 en el Hospital Esteves y comprender el porqué del crecimiento en la cantidad de muertes en esos años.	Elaborar un perfil socioepidemiológico de las mujeres fallecidas en el período 1957-1971 en el Hospital Esteves	Relevamiento de las características principales de las Historias Clínicas de las mujeres fallecidas en el Esteves en el período en estudio en relación a distintas variables como años de internación, nacionalidad, modo de ingreso, intervención judicial, año de internación, diagnóstico, tratamientos, edad de muerte, causa de muerte, cantidad de ingresos, ocupación, etc. Descripción de la población según esas variables para el periodo	Año de internación,	Año del ingreso al hospital psiquiátrico	Registro en HC del año de la primera internación en un hospital psiquiátrico.
			Nacionalidad	País de nacimiento	Registro en HC de la nacionalidad de la persona internada
			Ocupación	Actividad principal que desarrolla	Registro en HC de la ocupación de la persona internada.
			Edad en el ingreso	Edad en años al momento del primer ingreso	Registro en HC de la edad
			Modo de ingreso	Quien acompaña/ decide o interviene en la internación de la persona	Registro en HC en entrevista de admisión/ reingreso
			Cantidad de ingresos	Número de veces que es internada la persona	Registro en HC de ingresos y egresos.
			Intervención judicial	Caso bajo tutela de juez	Informes a juzgados, pedidos de informes del juzgado anexados a HC.
			Diagnóstico	Patología registrada al momento del ingreso	Registro en HC de diagnósticos
			Signos y síntomas	Características con las que describen a la persona internada y que es considerada como causada por una alteración/ enfermedad psíquica o mental	Registro en HC de signos y síntomas en general en la entrevista de admisión.
			Tratamientos	Procedimientos técnicos desarrollados para aliviar o curar una	Registro en la HC de tratamientos. Registro de tratamientos en planilla censal.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

				enfermedad	
			Medicamentos	Psicotrópicos/ Sustancias que se administran como tratamiento psiquiátrico	Registro en HC de medicamentos administrados.
			Años de internación al momento de fallecer	Cantidad de años que estuvo internada antes de morir	En registro de la HC= año de fallecimiento – año de 1º ingreso
			Causa de muerte registrada	Registro de la causa que operó como desencadenante del proceso que condujo a la muerte.	En partida de defunción/ registro de HC.
			Edad al fallecer	Cantidad de años al momento de la defunción	En registro de HC= Año de fallecimiento – año de nacimiento
			Procedencia	Lugar de residencia	Registro en HC
			Modo de ingreso	Forma en que es internada. Refiere a quién y cómo la internó	Registro en HC “Colocada por” o detalle en admisión.
	Conocer y caracterizar los recorridos de internación de las mujeres que fallecieron entre 1957-1971 en el Esteves a través del análisis en profundidad de un número acotado de historias clínicas.	Elección de las historias clínicas que se constituirán en casos para el análisis. Análisis en profundidad de los recorridos de las mujeres de las 8 historias clínicas que serán caso ejemplo.	Proceso salud-enfermedad-atención	Proceso dinámico e histórico de interrelación que entiende la coexistencia de procesos de salud y enfermedad no excluyentemente así como incorpora los servicios (el tipo de organización, la accesibilidad, etc.) de asistencia como parte de dicho proceso.	Registros en HC actores intervinientes, problemas clínicos, fallecimiento, causas, cartas de la persona o sus familiares, informes a juzgados, resultados de estudios clínicos o de intervenciones médicas, entre otros. (categorías de Atlas ti)

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

	Poner en relación tales recorridos con la historia del hospital Esteves.	Búsqueda de presupuesto del Esteves anterior, posterior y del momento del período en estudio	Presupuesto anual del Esteves	Cantidad de recursos otorgados anualmente al hospital desde el INSM y otros organismos.	Presupuesto en pesos otorgado al hospital en relación al otorgado a hospitales generales. En boletín epidemiológico INSM y bibliografía específica
		Búsqueda de cantidad de trabajadores por personas internadas	Cantidad de trabajadores	Cantidad de trabajadores por personas internadas	Relación entre número de médicos/enfermeros/auxiliares/pacientes internados
	Poner en relación tales recorridos con el contexto económico político sociodemográfico e institucional de los mismos años así como con las políticas en salud y salud mental	Relevamiento de discursos y discusiones científicas referidas a la salud mental vigentes en el período 1957-1971 que puedan articularse con cuestiones observadas en las HC caso ejemplo	Discusiones científicas sobre salud mental	Discusiones científicas sobre salud mental	Registros de debates y discusiones en revistas de salud mental sobre distintos paradigmas de abordaje y comprensión de los problemas de salud mental en el momento.
		Caracterización del marco económico político social a nivel mundial y Argentina para el período 1957-1971 en tanto permitan contextualizar lo ocurrido en el Esteves.	Marco económico político social	Principales procesos económicos, políticos y sociales significativos a nivel mundial	Búsqueda bibliográfica específica a partir de intereses surgidos del análisis en profundidad de las HC
			Descripción del estado del campo de la salud para el momento, actores, intereses, discusiones, problemas,	Campo de la salud mental	Entrevistas a informantes clave. Búsqueda bibliográfica
		Relevamiento de datos	Cantidad de	Cantidad de personas que	Información en censos o informes de

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

		sociodemográficos del país para el momento histórico.	habitantes	viven en el país para un momento determinado.	estadísticas nacionales
			Esperanza de vida al nacer	Cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante.	Información en censos o informes de estadísticas nacionales
		Relevamiento de políticas en salud mental y presupuesto a salud mental en el período.	Planes y proyectos en salud mental	Documentos de carácter gubernamental referidos al trabajo en el área de salud mental	Documentos de planes estratégicos o planes del Ministerio de asistencia social y salud pública. Documentos o informes de gestión del INSM
			Presupuesto en salud mental	Monto de dinero en pesos asignado al INSM	Documentos o informes de gestión del ministerio de asistencia social y salud pública.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

10. RESULTADOS

10.1 Breve relato del Asilo de Lomas- Hospital Esteves.

A excepción de un breve documento del Departamento de Enfermería no hallamos un relato institucional que recopile datos generales de la historia del Asilo de Lomas-Hospital Esteves. Presentaremos muy brevemente algunos mojones de dicha historia. A posteriori haremos foco en la década del 60 ampliada (1957-1971) que es la que nos convoca.

El Hospital Esteves nació bajo el nombre de Asilo de Lomas de Zamora en 1908 como anexo del Hospital Nacional de Alienadas⁴. Estuvo en sus inicios a cargo de la Sociedad de Beneficencia (Departamento de Enfermería, 1998; Grimson, 1972). Su nacimiento coincidió con una discusión de época sobre el hacinamiento en los asilos y con la propuesta “Open Door” de D. Cabred. Este médico argentino impulsó la creación de colonias rurales. Sostuvo tal política en los argumentos de que el trabajo, el campo, la salida del medio urbano, cierta “ilusión de libertad” eran óptimos para el tratamiento de “alienados”. Según quienes apoyaban esta perspectiva había que construir un sistema de repartición de la locura: los agitados agudos en la ciudad, los crónicos a la campaña, en el medio rural (Vezzetti, 1985).

Por su parte, la Sociedad de Beneficencia desde su creación por B. Rivadavia en 1823 había estado a cargo -según su decreto de creación- de la Dirección y Administración de Escuelas de niñas y la Dirección e Inspección de la Casa de Expósitos, del Hospital de mujeres y de todo establecimiento público que se creara con el fin de asistir a mujeres y niños (AGN, 1999). Desde 1902 hasta 1908, año en que se inauguró el asilo de Lomas, la Sociedad de Beneficencia realizó diversas gestiones para crear un asilo de “crónicas e idiotas” que aliviara el hacinamiento del Hospital Nacional de Alienadas. Este último para aquel momento tenía a más de 100 personas durmiendo en el suelo (Departamento de Enfermería, 1998). La presidencia de la Sociedad realizó averiguaciones de presupuestos y pedidos de dinero para refaccionar la “Quinta de los Varela” (en ese momento propiedad del Banco Hipotecario Nacional y propiedad que se convertiría en el asilo), y se realizó un pedido de colaboración a las “Hermanas del Huerto” para la atención de las personas que allí se internarían. Se seleccionó personal

⁴ actualmente Hospital Braulio Moyano

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

técnico y auxiliar de otras dependencias de la Sociedad, se realizaron gestiones con el intendente de Lomas de Zamora para que arreglara el camino desde la estación del ferrocarril hasta el Asilo y se mejoraron los jardines con la idea de que era importante su belleza para las personas internadas. Al momento de la inauguración se invitó a las autoridades de la Iglesia (Departamento de Enfermería, 1998). El Asilo de Lomas tenía una capacidad para 380 personas internadas pero su población fue aumentando (Departamento de Enfermería, 1998). Desde su inicio fue un asilo de mujeres. En el relato de su historia no figuran los varones (cuarenta) dentro de los cuales había niños (nueve). Los niños y los varones ingresaron y fallecieron entre 1960 y 1971 (niños entre 1960 y 1965 y varones entre 1960 y 1971).

El personal de enfermería se hacía cargo de todas las tareas que afectaban el funcionamiento del hospital. Sus estadías laborales eran de quince días y tenían un franco de 24 h. En general no tenían formación específica (Departamento de Enfermería, 1998). Según los legajos de personal -a los que tuvimos acceso- muchas de ellas eran mujeres inmigrantes⁵.

Las personas internadas tenían en su ropa el rótulo de “pacientes” (Departamento de Enfermería, 1998). Entre 1913 y 1929 el hospital creció hasta que su predio alcanzó las veinte hectáreas e incluía una granja y huerta donde trabajaban muchas de las mujeres internadas produciendo parte del alimento que consumían en el hospital (también trabajaban en tareas domésticas) (AGN, 1999).

Entre 1920 y 1930 el asilo tuvo problemas con el agua corriente y hacia fines de la década del 30 adquirieron una nueva caldera (AGN, 1999). En los años 40 había alrededor de 3100 personas internadas y los “mayores presupuestos enviados por la gobernación desembocan en acciones que mejoran las instalaciones, se construyen las actuales sala 2 y 3” (Departamento de Enfermería, 1998, p.1). En 1945 se construyó el muro que rodea al Hospital⁶ (Departamento de Enfermería, 1998) y ese mismo año se implementó la jornada de ocho horas para las enfermeras, que a posteriori del trabajo regresaban a sus casas (Departamento de Enfermería, 1998). Asimismo se quitó el rótulo de “pacientes” de la ropa de las mujeres internadas y también en esa década

⁵Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves. Serie Legajos del personal. De ahora en adelante los nombraremos como “Legajos del Personal”.

⁶ Según Grimson (1972) el muro era de los 50.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

perdieron injerencia las Damas de Beneficencia por la preeminencia que pasó a tener en los temas de salud, el Ministerio de Salud Pública y la Fundación Eva Perón. En cuanto a tratamientos, se solicitaron “aparatos de electroshock”. Se solicitó una electrobomba y se llamó a concurso para el cargo de director, de jefe de clínica psiquiátrica y de jefe de farmacia (AGN, 1999). También se incorporaron enfermeros con mayor capacitación. (Departamento de Enfermería, 1998).

En 1946 el “Asilo de Lomas” logró la autonomía del HNA. Hacia los años 50 se dio en el mundo la revolución psicofarmacológica. También a fines de los 50 comenzaría a funcionar la Escuela de Enfermería hasta 1962 dentro del Hospital (Departamento de Enfermería, 1998). En 1958 “Lomas” pasó a depender del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) (Galende, 1990; Falcone, 2015). En 1959 se fundó la Cooperadora del Hospital.

En los 60 no habría habido grandes innovaciones a nivel edilicio y se dice que en aquellos años comenzó el “auge del trabajo social” (Departamento de Enfermería, 1998). En 1967 se constituyó en Hospital Nacional (Grimson, 1972) y entre los años 1968 y 1971 funcionó allí un centro piloto que funcionaba como comunidad terapéutica (Grimson, 1972).

Pondremos una síntesis de lo que sabemos que ocurrió en los años posteriores en tanto nos hace pensar que por defecto en los años de investigación tales avances no habían ocurrido: es el caso del tendido de gas que se realizó en los 70 (Departamento de Enfermería, 1998), el espacio físico para estadísticas (Departamento de Enfermería, 1998) y los cursos de capacitación y jornadas de enfermería también de los 70 (Departamento de Enfermería, 1998). Para los 80 el Esteves tenía escasa calefacción. Por estos años se habría “privatizado limpieza, cocina, vigilancia y parques y jardines” (Departamento de Enfermería, 1998, p.2). Muchas de las tareas privatizadas con anterioridad las realizaban las enfermeras (retirar ropa, comida, etc.). En los 90 “se emplean medidas de bio-seguridad especialmente en pacientes HIV.” (Departamento de Enfermería, 1998, p. 2) inexistentes hasta el momento para cualquier patología (Departamento de Enfermería, 1998).

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

10.1.1 El Esteves en los 60 (1957-1971).

Recapitulando, para los 60 ampliados (1957-1971) “Lomas” era independiente del Hospital Nacional de Alienadas (1946), en 1958 pasó a depender del INSM. En 1959 se fundó la Cooperadora del Hospital y en 1967 pasó a ser Hospital Nacional. No tenía tendido de gas, tenía un muro perimetral de dos metros de altura y las salas, escasa calefacción. Había dificultades con la formación del personal y no había casi normas de bio-seguridad. Para esos años ya había aparatos de electroshock en el Hospital, habían llegado los psicofármacos y adquiría relevancia en el Hospital el trabajo de las “asistentes sociales”. A fines de los 50 había cerca de 3100 personas internadas, había problemas con el agua y no había tendido de gas.

S. Bermann (1959) detallaba que allí⁷ la cantidad de muertes cada 100 egresos no sólo no disminuía, sino que había crecido desde 1955 a 1957 de 27,7% a 37,3%.

La mortalidad en “Lomas” se asemejaba a la mortalidad cada 100 egresos de los establecimientos para crónicos u oligofrénicos (cercana al 40% de los egresos) (Bermann S, 1959). Para S. Bermann (1959) ello daría cuenta de las pésimas condiciones de asistencia y alimentación. Por 1959 “Open Door” había reducido en un 9,40% el porcentaje de fallecimientos por egresos implementando solamente un aumento en el consumo de leche por enfermo y mejoras en las raciones de comida.

Hacia fines de los 50 el promedio de internación al momento del egreso (incluye fallecimientos) en “Lomas” rondaba los 2100 días (5,75 años). El coeficiente de ocupación era más bajo que el de otros establecimientos (Bermann, 1959; Bermann 1965). Específicamente en relación a la cantidad de camas variaron poco, pasando 3285 camas normales en 1955 a 3240 en 1957 (Bermann S, 1959; Bermann G 1965). Según su alto promedio de días de internación y su alto porcentaje de mortalidad según egresos “Lomas” tenía el perfil de una colonia de crónicos.

Según S. Bermann S (1959) las grandes colonias de crónicos en general tenían un porcentaje mayor de fallecimientos por egresos y un mayor promedio de cantidad de días de internación entre los egresos que los establecimientos más pequeños (con alrededor de 100 camas).

⁷ allí y en casi todos los establecimientos para esos años (Bermann S, 1959).

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Entre 1957 y 1961 hubo una reducción de 740 camas, se pasó de 3240 camas a 2500. Considerando los fallecimientos de 1957, 1958, 1959, 1960 y 1961 fallecieron 712 personas.

Hemos buscado sin éxito unos boletines epidemiológicos del INSM -que aparentemente tenían datos acerca de presupuesto, cantidad de fallecimientos, cantidad de egresos, coeficiente de ocupación, cantidad de médicos, de auxiliares por año-. Los buscamos en el Ministerio de Salud de la Nación, en el de Economía, en la Biblioteca Nacional, en la actual Dirección Nacional de Salud Mental, en la Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud en Buenos Aires, en el Hospital Esteves (Departamento de Estadísticas y en la Cooperadora), en el Centro de Documentación en Salud (CEDOS GCABA), en la región VI de Provincia de Buenos Aires (incluye al Hospital Esteves). También hemos intercambiado con trabajadores del INSM de los años 60 a ver si habían conservado personalmente tales documentos y con informantes clave y protagonistas de aquellos procesos (Dr. E. Galende, Dr. V. Galli, Dr. W. Grimson, Dr. H. Cohen).

El siguiente cuadro lo elaboramos a partir de los trabajos de S. Bermann (1959) y G. Bermann (1965) que citaban los mencionados boletines.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Tabla 2- Cantidad de camas normales, de emergencia, defunciones, coeficiente de ocupación, promedio de internación, mortalidad, razón de personas internadas por profesional y por auxiliar técnico, presupuesto para el Hospital Esteves por año en el período 1955-1961.

Hospital Esteves	Camas normales	Camas emergencia	Defunciones	Coeficiente de ocupación	Promedio internación	Mortalidad P/ 100 egresos	Razón de personas internadas por profesional	Razón de personas internadas por auxiliar técnico	Presupuesto	Cantidad de profesionales	Cantidad personal auxiliar técnico
1955	3285	s/d	93	62	2150	27.7	221	8,0	s/d	16	462
1956	3285	s/d	86	59	2168	29.0	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
1957	3240	s/d	103	48	2058	37.3	171	36,0	s/d	20	95
1958	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
1959	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
1960	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
1961	2500	308	s/d	s/d	s/d	s/d	85*	5,8 *	78.810.038	33	484

Fuente: Elaboración propia a partir de S. Bermann (1959) G. Bermann (1965)

*datos calculados vía aproximación de división de cantidad total de camas por cantidad de personal.

NOTA: la terminología “profesional” y “auxiliar técnico” fue tomada de S Bermann (1959).

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Las HC nos brindaron la oportunidad de conocer los nombres de los directores y las dependencias del hospital a partir de las firmas y membretes de las notas e informes incluidos en ellas.

Reconstruimos la sucesión de directores para los años de estudio sobre la base de una recopilación de cartas. Dicha sucesión no se pretende completa pero permite conocer cuestiones sobre las que no hallamos otros registros. En el período de estudio hay dos cuestiones importantes para resaltar.

La primera es acerca de la dependencia del Hospital Nacional de Alienadas (HNA, “Brandsen” o actualmente Hospital Braulio Moyano). “Lomas” compartió aparentemente desde su inicio y hasta 1947 al Director del HNA. Ello debido a que funcionaba como mero anexo. A posteriori de 1947 pareciera comenzar a cortarse tal dependencia pues “Asilo de Lomas” pasó a tener director propio. Ese año “Lomas” tuvo un director interino que fue quien al año siguiente figuraba en los registros como Médico Director del HNA “Anexo de Lomas”.

La segunda es que hubo dos directores que se mantuvieron por largos períodos. Ambos parecieran haber sido removidos. Uno por el golpe de Estado de 1955 y el segundo en el marco de un conflicto donde el gobierno de facto intervino el INSM y el hospital. El primero de ellos, el Dr. Clodomiro Bellelli –hombre afín al peronismo de la provincia de Bs As- asumió alrededor de 1947 y fue reemplazado en 1955 por un director interino. El segundo, el Dr. Lorenzo Magliolo, asumió en 1958 y fue reemplazado en 1970 por un director interventor.

La reconstrucción de directores y dependencias fue realizada en casi su totalidad a partir de la HC N°37.160 N° Legajo N° 121⁸ que contiene numerosas cartas que solicitan certificar la supervivencia de la persona internada a fin de cobrar una pensión.

Otra cuestión es que recién encontramos en los membretes de las HC en 1970 el nombre de Hospital Nacional José A Esteves en 1970. Quizás haya sido en esos años que se lo denominó de tal modo. El Prof. y Dr. José Antonio Esteves había sido el cuarto director del Hospital Nacional de Alienadas (actual Moyano). Había dirigido tal institución por casi veinte años (1908-1927) y le había dado a dicho hospital un “sesgo

⁸ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínica, Legajo N°121, HC N°37.160

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

neuropsiquiátrico” incorporando en sus HC cuestiones más detalladas de la causación de la enfermedad e intentando que las enfermeras tuvieran alguna formación acorde a su tarea (Jardón, 2010). Coincide el inicio de su Dirección con la inauguración del “Asilo de Lomas”.

Por otra parte y en relación al presupuesto, según G. Bermann (1965) para 1961 el Esteves contaba con \$78.810.038. No sabemos si eso era adecuado o no para cubrir las necesidades de las personas internadas porque si bien asistimos en varias oportunidades a la Biblioteca del Ministerio de Economía y consultamos con los referencistas economistas no pudimos actualizar el valor a pesos corrientes de 2016. La especificidad de la tarea no nos permitió extraer conclusiones rigurosas.

Sabemos que esa cifra era similar para otros hospitales “neuropsiquiátricos” de esa época y que hacia fines de la década de los años 50 el aumento del costo de vida y la inflación implicaron una disminución en términos reales.

Asimismo hemos advertido la diferencia entre presupuesto por día por paciente de un hospital general y el de un hospital neuropsiquiátrico para estos años. G. Bermann (1965) muestra que si en 1963 una cama por día en un asilo costaba \$71, una cama del Hospital Nacional de Alienadas (HNA) costaba \$150 y una cama en un hospital general \$1200 (Bermann G, 1965). Eso da cierta jerarquía presupuestaria: los hospitales generales tenían más presupuesto que los de alienadas que tenían más que las colonias y asilos de crónicos. Los hospitales generales tenían dieciséis veces más presupuesto por día por paciente que un asilo de crónicos. Si bien puede resultar extraño plantear esta comparación con un hospital general -por las especificidades de las intervenciones, por las cirugías y por el claro proyecto de externación que tienen los hospitales generales- el sólo hecho de que un asilo de crónicas tuviera menos de la mitad del presupuesto por día que el HNA es notable.

En cuanto a la cantidad de trabajadores y a sus condiciones de trabajo es posible destacar varias cuestiones. En 1955 en “Lomas” había aproximadamente 14 médicos y 112 auxiliares técnicos para 3285 personas es decir, 221 personas internadas por cada médico (psiquiatras y otros) y 8 por cada auxiliar técnico en el caso de que hubiese estado completo totalmente el hospital. Ahora bien, como desconocemos cómo se calculó el coeficiente de ocupación nos abstendremos de analizarlo.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Estas proporciones se asemejaban a las de las colonias y establecimientos para oligofrénicos⁹.

Para 1957 hubo cambios. Había 171 enfermos por cada médico y 36 enfermos por cada auxiliar técnico. Es decir que mejoró la proporción de médicos pero empeoró la de auxiliares. Llama mucho la atención que no haya datos disponibles para 1956 (ver Tabla 2). Coincidentemente con la proporción de auxiliares técnicos entre 1955 y 1957 descendió el promedio de extracciones de sangre/orina por persona internada (de 4 a 0,7), se duplicó el promedio de inyecciones por enfermo (de 6 a 13) y se redujo a un tercio el promedio de recetas por persona internada (de 9 a 3). En esos años creció el porcentaje de fallecidos cada 100 egresos. El perfil que definen estos datos es el de una institución asilar (Bermann S, 1959).

Para fines de los 60 la información a la que accedimos vía informantes clave era que para 1968 había sólo 10 médicos para 2500 pacientes (Entrevista a Edelman, 2015) (Grimson en Entrevista a Vayo & Grimson, 2013). El centro piloto al instalarse tenía muchos más trabajadores que el resto del hospital y había logrado un convenio con la provincia que habría aportado cuatro ambulancias que el hospital no tenía y dos camionetas. También sabemos que les habría otorgado sueldos “mucho más razonables” (Grimson en Entrevista a Vayo & Grimson, 2013). Sabemos que los sueldos para los trabajadores de los neuropsiquiátricos para esos años eran bajos (ver apartados posteriores). Para 1965, el 22 de mayo hemos encontrado registro en HC de paro total del personal en dos HC la HC N° 12.084 Legajo N° 5¹⁰ y la HC N° 12.245 Legajo N° 141¹¹.

10.1.2 Retratos de la vida en el Esteves en los 60.

“(...) o lo que quedaba de ellas... ya no eran ni mujeres...”

M. Vayo en Entrevista a Vayo & Grimson (2013)

⁹ que tenían entre 150 y 300 personas internadas por médico según S Bermann (1959). En los establecimientos más pequeños la proporción rondaba las 50 personas internadas por médico.

¹⁰ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínica, Legajo N°5, HC N°12.084.

¹¹ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínica, Legajo N°141, HC N°12.245.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Para conocer acerca de la vida cotidiana en el Esteves en los años de estudio utilizamos el libro “Sociedad de Locos” (1972) de W. Grimson y entrevistas a trabajadores del centro piloto de comunidad terapéutica (Dres. M. Vayo, R. Grimson, L. Edelman y J. Zrycki), publicaciones, y el documental “Comunidad de Locos” (Cutuli, 2006) reconociendo que toda historia relatada por los propios participantes involucrados en el proceso analizado presentará el sesgo del relato de la propia experiencia desde los propios valores.

W. Grimson, director del centro piloto planteó que:

(...) el Esteves no era una colonia pero tampoco era un hospital psiquiátrico, cuando llegaban tenían que tener 10 años de internación. Se debían internar algunos locales, cuadros locales, pero en general (...) Te mandaban al Esteves después de 10 años de Moyano. Cuando nosotros introdujimos el centro piloto lo primero que hicimos fue hacerlo mixto y después crear una sala de alcoholismo que era periférica a las salas del hospital que atendía varones alcohólicos que era una demanda muy importante. Y que los casos más crónicos o más sub agudos iban a parar al hospital... entonces el dispositivo que se creó fue un servicio de tratamiento intensivo de pacientes agudos, de primeros brotes, primeros episodios. Con un trabajo complementario dirigido por Miguel con la población más crónica que eran por lo menos 2500 mujeres... Nosotros teníamos 120 camas” (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013).

W. Grimson (1972), ha descripto el estado del hospital: la edad promedio era de 55 años, con 10 de internación, las pacientes provenían de distintos lugares del país pero especialmente de otros manicomios que lo consideraban un depósito final. Los almuerzos eran a las 10:30 de la mañana, las cenas a las 15:30 por conveniencia del personal y se utilizaban prácticas como electroshock, shock insulínico, chalecos de fuerza y abscesos de fijación como castigos, un baño semanal casi siempre con agua fría, baños sin higiene, la mayoría del personal con un empleo mal pago y duro, baja proporción de personal (0,18 personal por paciente y 10 médicos para 2500 personas internadas en 1968). El rito de ingreso implicaba sacarle toda pertenencia a la persona, desvestirla y ante su resistencia comprobar que “necesitaba contención”. Grimson relata que las dos grandes preocupaciones de las monjas del hospital eran el “sexo” y las

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

“moscas”. También plantea que la cooperadora tenía un elevado nivel de injerencia y decisión. Consigna relatos de violencia de parte del personal a mujeres internadas (golpes con un palo por parte de la caba del pabellón a una paciente) (Grimson, 1972).

Por su parte, la Dra. Lucila Edelman, médica psiquiatra que trabajó en el Centro Piloto (CP) dijo que ella trabajó en lo que se llamaba el Hospital de día del centro. Planteó que “el Ayerza” (Pabellón del CP) era muy distinto del resto el hospital pero que los que conocían más cómo estaba el resto del hospital eran Miguel Vayo y Jorge Zrycki que eran del equipo llamado de reinserción social. (Entrevista a Edelman, 2015). Ella relata que el centro piloto tenía a las personas internadas vestidas con su ropa, a diferencia del resto del hospital que tenía a las mujeres con “una especie de hule”. Mantener la propia ropa funcionaba como freno al arrasamiento que produce no tener nada propio. Esto último les ocurría a las personas cuando las internaban en el resto del hospital. También recuerda que el pabellón del centro piloto tenía su propia cocina “para que la comida fuera adecuada”, que usaban “cuchillo y tenedor” mientras el resto del hospital no usaba cubiertos (Entrevista a Edelman, 2015).

Entre las necesidades que había en el hospital según el M. Vayo recabaron que había problemas con el agua caliente, con que la comida era mala, que las personas internadas no tenían actividades en todo el día y que no les pagaban los peculios en fecha (Grimson, 1972, p.180)

Sobre las prácticas psiquiátricas que se realizaban en el Esteves, Vayo planteaba que les hacían a las pacientes “abscesos de fijación” que es una:

(...) inyección con una sustancia que le da dolor en la cola, entonces el paciente que anda de acá para allá se queda quieto no se puede mover. Por eso absceso de fijación, porque te deja quieto. Una forma de castigo terrible. Estaban los que daban electroshock. Todo bajo el título de medicina. (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013)

El daño que habían sufrido las mujeres del resto del hospital era tal que al referirse a ellas Vayo aclaraba “o lo que quedaba de ellas... ya no eran ni mujeres...” (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013). Según Grimson las internadas crónicas eran “carpas andantes”

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

(...) abajo de (el hule) llevaban todo lo que tenían una frazadita, una almohadita, el mate... porque vos sos lo que podés tener, si lo dejabas en la pieza debajo de la cama, te lo afanaban, entonces iban vestidas y recubiertas de cosas. La comida que recibían las crónicas era en una mesa de mármol con canaletas que no tenían platos ni cubiertos para que las pacientes no se lastimaran... y que pasaban con una manguera así a tirar lo que había quedado... comían con la mano... era una situación bastante patética. (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013)

Esta misma situación la describió Jorge Zrycki –psiquiatra del CP- en otra entrevista cuando relató una imagen “que me va a perseguir toda la vida... en una mesada de mármol ponían montoncitos de comida y comían de ahí con las manos” (Entrevista a Zrycki, 2015).

10.1.3 Un Esteves paralelo: el Centro Piloto de Comunidad Terapéutica (68-71)

“No, el impacto fue enorme... yo creo que fue lo más importante que hicimos en nuestra vida...”
(Grimson en Entrevista a Vayo & Grimson, 2013)

En el marco del Plan Nacional de Salud Mental (que no logramos hallar) (PNSM) se creó en el Esteves un centro piloto de comunidad terapéutica que funcionó allí entre julio de 1968 y enero de 1971 y que pretendió transformar el hospital desde los principios de las comunidades terapéuticas, cuestión que implicaba entre otras la modificación en los modos relacionales al interior del hospital entre pacientes, enfermeros, médicos, entre otros (Grimson, 1972), (Carpintero & Vainer, 2005; Vainer, 2005). Mientras duró esta experiencia, todos los ingresos al hospital fueron realizados por una evaluación conjunta de psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales de dicho CP (Grimson, 1972). Durante esta experiencia las internaciones tendieron abreviarse y a eliminarse las que fueran innecesarias (Grimson, 1972).

Como dentro de un establecimiento coexisten instituciones también conviven sus prácticas inscriptas en paradigmas distintos en salud mental. En el mismo hospital, en un mismo momento (Stolkiner, 2003). Esto ocurrió visiblemente mientras coexistieron el CP dentro del hospital, cada uno con sus lógicas y en este caso por ser profundamente contrapuestas y cuestionarse mutuamente se produjeron tensiones destacables.

El CP en dos años atendió aproximadamente de 500 a 600 pacientes. Según Grimson y Vayo (Grimson, 1972) desde el centro piloto se realizó “una experiencia de

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

transformación del hospital desde el manejo de los agudos. Para lo cual lo primero que hicimos fue conseguir la admisión de todo el hospital” (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013). El Pabellón Ayerza fue el centro de admisión donde un equipo conformado por un médico, un psicólogo y un “asistente social” intervenían con atención inmediata en dicho proceso. La aclaración de la atención inmediata es importante de destacar puesto que en las HC que relevamos muchas veces el registro de la admisión está separado por algunos días del registro del ingreso. Había asambleas de trabajadores y pacientes que llegaron a ser de 300 personas (Grimson, 1972) y cada tres meses aproximadamente hacían alguna celebración de primavera, fin de año, 25 de mayo (Grimson, 1972).

En cuanto a los recorridos de internación antes del CP según Grimson (Entrevista a Vayo & Grimson 2013) las monjas cobraban la internación al paciente, lo hacían pasar primero por la cooperadora y recién después lo admitían. Con el CP habría cambiado el circuito puesto que al tomar la admisión invirtieron ese recorrido. En esta misma línea al centralizar la admisión rompieron otro circuito habitual de derivación: la derivación a clínicas privadas a quien registraran que podían pagar la internación. Según ellos derivaban los pacientes a sus propias clínicas privadas, así Vayo afirmaba “les cortamos el negocio de las clínicas privadas”.

Sobre la cantidad de profesionales Edelman planteó que el centro tenía muchos más trabajadores que el resto del hospital. (Entrevista a Edelman, 2015). Vayo y Grimson agregaron que en el centro piloto las enfermeras rondaban las 50, los psicólogos cerca de 20, había 6 residentes y había un equipo de Terapia Ocupacional (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013). Este último equipo tenía lectura de diario todas las mañanas con las personas internadas con la intencionalidad de mantener la relación con la vida cotidiana (Grimson, 1972). Según Grimson:

Oscar Correale (Terapeuta Ocupacional) agarraba a los 120 pacientes y primero no había nadie en la cama... vos vas a cualquier servicio de psiquiatría y están todos al pedo... los pacientes acostados, o porque no quiere o porque no puede...Lo levantas y ya está mejor, toma desayuno con vos en la mesa y ya está mejor. Y Oscar los hacía pasar por debajo de la mesa. El primer día pasaban cuatro y los demás no pasaban y a la semana pasaban todos. Se agachaban en cuatro patas... se sentían mejor, habían hecho ejercicio, poner músculos en movimiento... era

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

toda una proeza. Salían del otro lado de la mesa con cara de contentos. (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013)

También había salidas a recorrer nuevamente la ciudad, la costanera, el obelisco (Grimson, 1972).

La estructura de supervisión con la que contó el CP incluía dos supervisores de psicólogos clínicos, tres de psicoterapia de grupo, un supervisor de terapia familiar, un supervisor de pedagogía y un supervisor del proceso institucional (con un colaborador) con reuniones de 8 horas de trabajo periódicas (Grimson, 1972).

En cuanto al contraste con el resto del hospital los entrevistados planteaban que “vos entrabas y no lo podías creer. Primero que no diferenciabas el que era profesional del que era paciente. Porque todos estábamos de jean y remera.” (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013) Agregaron que lo “increíble” era que estaban todos bañados, limpios a diferencia de los pacientes de otras salas que tenían barbas “de dos o tres semanas”,

(...) no se habían bañado en más de una semana, estaban vestidos con esa cosa tipo de hule y en el CP las personas estaban bañadas, afeitadas, había espejos en los baños...jugaban al ping pong con nosotros, comíamos en mesas de a seis profesionales, invitados, todo el mundo. (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013).

En esta misma línea mencionaban el desconcierto que ellos imaginaban tenían los otros psiquiatras al ingresar al centro piloto:

V: y cuando venía alguien del resto del hospital a ver qué hacíamos entraba y ahhhh.

G: Claro como si hubieras mostrado en una iglesia un acto erótico. (*risas*) Claro, porque les parecía una violación de principios. Cuando nos fuimos, volvimos atrás, volvió el hospital, cuando los pacientes se negaban a tomar la medicación, o decían “la comida es una porquería” les tiraban un balde de agua fría (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013).

En cuanto al trabajo con el resto del hospital, Miguel Vayo y Jorge Zrycki eran parte del equipo que trabajaba con las personas cronificadas que estaban en otros servicios. Vayo relata escenas de violencia para con los pacientes y para con él mismo

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

de parte de un jefe de servicio que no quería que sus pacientes fueran a las actividades del centro piloto. Comparte que la única agresión que tuvo en su vida profesional fue de parte de un jefe de servicio en esos años donde percibió que estaba a punto de pegarle. (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013)

En cuanto al personal del hospital y posibles disputas o resistencias al centro piloto los entrevistados mencionan que en el Esteves había antes de su llegada 10 médicos:

“G: (...) en el Borda debía haber ponele 200 médicos, en el Moyano debía haber 120 médicos y en el Esteves había 10 médicos... entonces la oposición si la tenían era débil... y además se veían venir que del otro lado había mucha fuerza. Nosotros hicimos un convenio regional donde la provincia aportó 4 ambulancias que el hospital no tenía. A nosotros nos aportó dos camionetas. Nos pagó, la provincia una residencia de 6 médicos que se turnaban y cubrían la guardia... Teníamos médicos permanentemente nuestros, no dependíamos de la guardia del hospital...entonces en lo que podíamos nos escapábamos. Y después el sueldo era mucho más razonable. Yo estaba prácticamente todos los días hasta las 4 y hasta las 6 de la tarde y después me iba al consultorio... pero con eso vivía... en este momento llegás a depender de un sueldo hospitalario y te morís.” (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013)

Estas estrategias de organización del trabajo, de supervisión de la práctica, el trabajo en equipo, con una cantidad de trabajadores más abundante, mejor paga, mayores recursos permite pensar que los abordajes donde hay un tercero que supervisa, donde no recae todo sobre un enfermero o un médicos cada 150 pacientes, no son si efecto para los recorridos de internación. No encontramos muchas historias clínicas en nuestro período que mencionen al centro piloto debido a que coincide con el final del período de estudio. Ahora bien, en los casos en que hay registros de admisiones encontramos las miradas del equipo de admisión registradas.

Ante estos relatos Vayo mencionaba que:

(...) el impacto fue enorme... yo creo que fue lo más importante que hicimos en nuestra vida... y lo hicimos cuando teníamos menos de 30 años porque había todo ese empuje... había 3 asistentes de TO que no estaban recibidos, pero hacían TO, y se convertían en TO a la fuerza, empírico. (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013).

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Cabe mencionar que esos mismos años el resto del hospital funcionó tradicionalmente como venía haciéndolo y continuó haciéndolo una vez que se desarticuló la experiencia del centro piloto.

En septiembre de 1970 Juan Ramón Rodríguez Lonardi se hizo cargo del Hospital José Esteves y trazó un plan de dispersión, traslados y cesantías de los trabajadores del centro piloto (Grimson, 1972). La reacción de pacientes y trabajadores del hospital hizo que la situación se mantuviera hasta diciembre. En noviembre se solicitó la prescindibilidad de la encargada de hospital de día del CP. Ante esta situación, Grimson presentó su disconformidad, por lo que fue separado de su cargo. El 6 de enero de 1971 mediante la aplicación de la ley de prescindibilidad y como castigo 25 trabajadores del CP fueron dejados cesantes y la policía no los dejó ingresar al hospital (Grimson, 1972). Estos despidos dan cuenta de las tensiones y pujas de poder que se vivían en el hospital. La reacción tanto de la asamblea como del personal especializado fue oponerse a estas disposiciones. Este hecho generó un gran impacto en la opinión pública, que se plasmó en las numerosas críticas y cruces de acusaciones de índole política, terapéutica, moral y administrativa, dirigidas a las comunidades terapéuticas y a los profesionales a cargo aparecidas en la prensa gráfica. (Grimson, 1972; Carpintero y Vainer, 2005; Golcman, 2012).

10.2 Discusiones de la época. Breve contextualización institucional

Mencionaremos algunas discusiones científicas de la época en relación a la institución psiquiátrica, la locura, la relación médico paciente, la relación entre profesionales y no profesionales del campo de la salud, la relación comunidad-locos, la salud mental, los tratamientos entre otros.

Ninguna institución puede comprenderse sólo por las relaciones, prácticas y discursos que instituye sino que para ser comprendida es necesario incluirla en la consideración del sistema institucional global y del contexto social (Galende, 1990). Galende (1990) plantea que los discursos sociales que instituyen una norma (como la psiquiatría o la salud mental) son instituciones sociales que generan una organización de relaciones, prácticas, división de tareas, funciones que se concretizan en establecimientos. Dichos establecimientos no son meramente casuales u anecdóticos

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

sino que son esenciales para legitimar las prácticas y funciones que la institución regla. Así por ejemplo “El hospital psiquiátrico, las colonias, el asilos englobables en el término manicomio, son hasta hoy la figura clásica de la institución psiquiátrica” (Galende, 1990, p.109).

En el contexto de la segunda posguerra se cuestionó el orden instituido y en ese marco a la institución manicomio. La semejanza entre los campos de concentración nazis y las condiciones de vida de los internados en manicomios, la cantidad de personas con secuelas psicológicas por la guerra, así como el desarrollo de la psicofarmacología dieron pie al nacimiento de las políticas de salud mental que tendieron a suprimir la internación prolongada, así como promover el trabajo en la comunidad (Galende, 1990; Stolkiner 2003). Se trató, según Galende (1990) de una “recomposición profunda en el modo social de existencia de una disciplina de lo mental” (Galende, 1990, p.185) que implicó la definición de nuevos problemas humanos, la inclusión de nuevos profesionales y disciplinas, discursos y prácticas, nuevos métodos de abordaje. Los problemas a abordar, ya no eran solamente los trastornos severos o categorías diagnósticas psiquiátricas, sino procesos más amplios que incluyeron la marginación, la desocupación, las violencias, la ruptura del lazo social, el consumo problemático de sustancias y alcohol, las llamadas conductas asociales, la dificultad en la construcción de un proyecto de vida en un contexto que no incluye socialmente, los ancianos, los llamados enfermos funcionales, las patologías de la migración, los conflictos de pareja, de familia y los grupos con mayor riesgo de enfermar (tercera edad, adolescentes, niños, en crisis vitales) (Galende, 1990). Ante la fractura de vínculos sociales y la producción de marginación surgieron también disciplinas que buscaron realizar abordajes técnicos de tales problemas y el campo de la salud mental abarcó problemas humanos que desbordaban ampliamente los diagnósticos psiquiátricos. Surgió también el dilema de los profesionales acerca de intervenir como sostenedores de un orden social o dejar de tecnificar los vínculos y abandonar las intervenciones. Una respuesta fueron las políticas sociales y comunitarias en salud mental que intervinieron técnicamente pero trabajando con los sujetos individuales y colectivos en la búsqueda de soluciones y de reforzamiento del compromiso comunitario y la solidaridad grupal (Galende, 1990).

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

En estos años se destacaron las discusiones en torno a continuar abriendo camas en manicomios o destinar el presupuesto de salud mental a actividades extramurales (Acta Neuro-psiquiátrica Argentina, 1959, p. 2), abrir dispensarios de salud mental en hospitales generales. Asimismo se discutía sobre las experiencias alternativas en salud mental (política del sector en Francia, comunidades terapéuticas inglesas, antipsiquiatría italiana) que se desarrollaban en distintos lugares del mundo (Galende; 1990). En nuestro país, a diferencia de otros lugares del mundo donde estos procesos se dieron en el marco de gobiernos democráticos, dicha propuesta de cambio fue “adaptada” y aplicado por un gobierno de facto, el de J.C. Onganía.

En cuanto a las percepciones sociales referidas al padecimiento mental, para 1959 F. Ferrara & M. Peña realizaron una encuesta por muestreo en las ciudades de Buenos Aires, Córdoba, La Plata, Rosario y Tucumán (Ferrara & Peña, 1959). La misma interrogaba cuáles eran las concepciones de enfermedad y salud mental que tenía la población en dicha época. La muestra constó de 950 personas a las que se les aplicó un cuestionario de 80 preguntas. Cuando se les preguntó por las enfermedades mortales más preocupantes, el 92 % no nombró a la locura. La mayoría asoció tal enfermedad mental a las conductas agitadas y violentas. El 65% no consideraba a las personas “alcoholistas” como enfermos sino como “inmorales” o “delincuentes”. Entre las causas que mencionaban, el 75% reconocía causas físicas (lesiones), el 46% conflictos familiares y el 9% pensaba que las causas se vinculaban con la pobreza, miseria, guerras. Sólo el 25% consideraba que entre distintas causas de la locura la pobreza, la migración del campo a la ciudad tenía gran peso. Así según Ferrara & Peña (1959) la concepción popular y la científica sobre este tema diferiría ampliamente. La encuesta había dado como resultado que al 62% les desagradaría tener como vecino a un ex enfermo mental. Y que el 50% consideraba que era una desgracia contar con un enfermo mental en la familia, y que ello debía guardarse en secreto. A su vez planteaban que no tenían ninguna confianza en la terapéutica como cura y más de la mitad consideraba que “la locura no podía curarse” (Ferrara & Peña, 1959; Carpintero & Vainer, 2004, p. 60-61). En cuanto a los tratamientos como prácticas legitimadas y registradas hasta 1950 aquellos más mencionados eran la psicocirugía, el electroshock, la insulino terapia y “Para la impotencia terapéutica estaba la internación de por vida”

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

(Carpintero & Vainer, 2004, p. 265). Ferrara & Peña también preguntaron por conocimiento de tratamientos en su estudio. El 45% no había oído de tratamientos psiquiátricos. Entre quienes sí habían oído sobre tratamientos psiquiátricos, el más más mencionado fue el electroshock (32%), el shock insulínico (12%) (Ferrara & Peña, 1959).

Durante los 50 se dio la llamada “Revolución Psicofarmacológica” que permitió considerar nuevos tratamientos impensables anteriormente. Se descubrieron los primeros psicofármacos antipsicóticos, tranquilizantes, antidepresivos y estimulantes (Clorpromazina¹², en 1952; Haloperidol¹³, en 1958; Clozapina¹⁴, en 1966) que implicaron la posibilidad de trabajar distintos padecimientos mentales fuera de los manicomios. La conjunción entre estos descubrimientos y el naciente campo de la salud mental modificaron las perspectivas posibles para los tratamientos (Galende, 1990; Grimson, 1972). Los psicofármacos fueron incluidos y pensados desde distintas perspectivas: quienes los pensaron como posibilitadores de abordajes por fuera del manicomio y quienes lo consideraron como una nueva oportunidad para volver a situar los problemas de salud mental dentro de la hegemonía médica.

10.3 *¿Quiénes fallecieron en el Esteves entre 1957-1971?*

En este apartado realizaremos una caracterización de datos generales de las 2088 HC correspondientes a las personas (en su gran mayoría mujeres) fallecidas en el Hospital¹⁵.

10.3.1 **Sexo**

De las 2088 personas fallecidas en el período 1957-1971 el 96,12% eran de sexo femenino (ver Tabla 3). Hallamos registro de nueve “menores” varones (fallecidos entre 1960 y 1965) incluidos entre las 40 HC pertenecientes a varones.

¹² Neuroléptico, antipsicótico clásico

¹³ Neuroléptico, antipsicótico.

¹⁴ Antipsicótico atípico

¹⁵ Esteves entre los años 1957 y 1971. Los datos de los que disponemos provienen de una base de datos elaborada por el personal del Archivo General de la Nación que tiene las siguientes variables: año de ingreso, ocupación, nacionalidad y año de muerte.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Tabla 3- Distribución de frecuencias de personas fallecidas entre 1957-1971 en el Hospital Esteves según sexo.

Sexo	Frecuencias	%
Femenino	2008	96,16
Masculino	40	1,92
S/D	40	1,92
Total	2088	100

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del AGN

10.3.2 Nacionalidades

Debido a la amplísima mayoría de mujeres los describiremos a todos juntos prescindiendo de diferenciarlos¹⁶. Este dato proviene de formularios preimpresos en HC que incluían el ítem “nacionalidad”. Estimamos que refiere a país de origen.

La mitad de las personas fallecidas en el período en estudio eran argentinas y la otra mitad inmigrantes. Dentro de las inmigrantes destaca la cantidad de españolas y luego de italianas. Esas son las tres nacionalidades más frecuentes. Ello no implica que no hubiera una gran diversidad de nacionalidades entre las mujeres internadas¹⁷.

Seis nacionalidades concentran 9/10 de las personas (1902/2088 HC). De ellas más de la mitad eran argentinas, más de ¼ españolas, casi 1/9 eran italianas, el resto se distribuyen entre polacas, rusas, uruguayas, alemanas y otras (ver Tabla 4 y Figura 2).

Tabla 4 - Distribución de frecuencias de personas fallecidas entre 1957-1971 en el Hospital Esteves según nacionalidades principales.

Nacionalidad	Frecuencia
Argentina	1081
España	473
Italia	220
Polonia	52
Rusia	29
Uruguay	26

¹⁶ Sí merece la pena mencionar que los menores son todos argentinos, así como lo son todos los varones a excepción de tres italianos y un español.

¹⁷ armenias, árabes, australianas, austríacas, belgas, bolivianas, brasileras, búlgaras, chilenas, norteamericanas, francesas, húngaras, griegas, inglesas, irlandesas, israelitas, japonesas, lituanas, libanesa, paraguayas, peruanas, portuguesas, rumanas, sirias, suizas, turcas, ucranianas, yugoslavas, checoslovacas

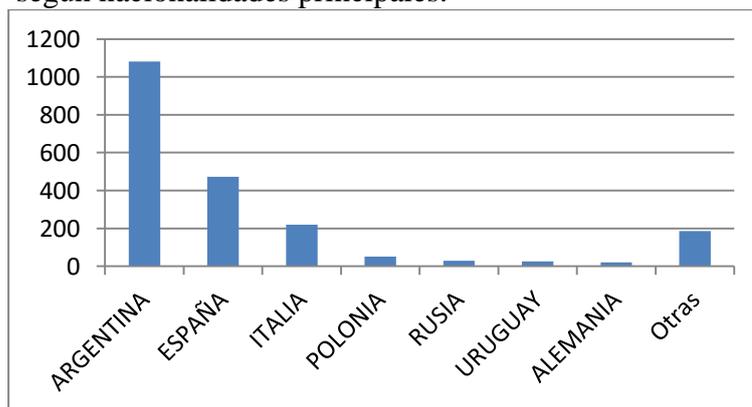
Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Alemania	21
Otras	186
Total	1902

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Archivo General de la Nación

Hasta 1914 más de la mitad (12/20) de las mujeres que ingresaron al manicomio eran europeas, para 1918 continuaban siendo más de la mitad de las ingresadas (28/50 españolas e italianas casi en su totalidad). El grupo de rusas, ucranianas y polacas comenzaron a ser registradas a posteriori de 1920. Si bien esa preeminencia de europeas se mantuvo, fue disminuyendo con los años.

Figura 2- Distribución de frecuencias de las personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según nacionalidades principales.



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Archivo General de la Nación

10.3.3 Estado civil

Al momento de ser internadas, casi la mitad de las personas fallecidas entre 1957-1971 (el 46,26%) eran solteras, un tercio estaban casadas (el 34%) y menos de un quinto eran viudas (el 16,71%) (Ver Tabla 5 y Figura 3).

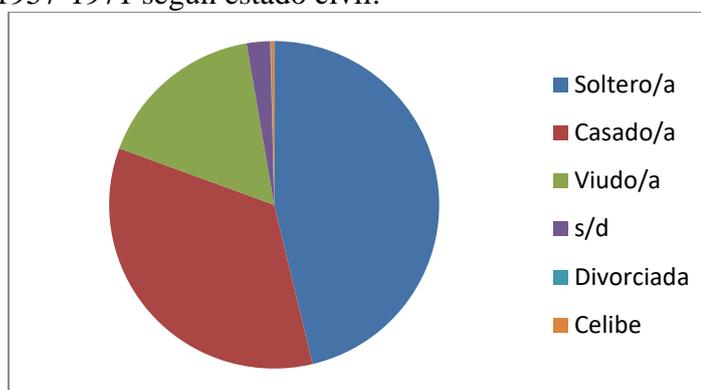
Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Tabla 5- Distribución de frecuencias y porcentual de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según estado civil.

Estado civil	Cantidad	Porcentaje %
Soltero/a	966	46,26
Casado/a	717	34,34
Viudo/a	349	16,71
s/d	48	2,30
Divorciada	1	0,05
Célibe	7	0,34
Total General	2088	100%

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Archivo General de la Nación

Figura 3 - Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según estado civil.



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Archivo General de la Nación

10.3.4 Ocupación

Si bien el registro de ocupación en las historias clínicas muestra una notable diversidad observamos que la frecuencia de “quehaceres domésticos” es muy alta (1383/2088). Agrupamos las ocupaciones teniendo como horizonte la estratificación de las personas por sector social, según tipo y cantidad de ingresos esperables. Esta categorización intenta aproximarnos al sector social de la persona en cuestión. La clasificación contó con las siguientes categorías: 1) QD (quehaceres domésticos), 2) Cocineras y servicio doméstico, 3) Profesoras y maestras, 4) Empleadas, 5) Producción y Trabajo manual, 6) Oficios, 7) Asistentes de salud, 8) Periodista, artista, estudiante y 9) Botellero, humilde, prostituta (Ver Tabla 6 y Figura 4).

Si bien creímos que la variable “ocupación” podía darnos una enorme información acerca del sector social de las personas internadas y fallecidas, no

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

podremos aseverar grandes cuestiones sin correr el riesgo de ser poco rigurosos. La caracterización de los sectores sociales puede verse con mayor nitidez en cada historia clínica que en esta base de datos. Al aproximarnos a estos datos notamos la preeminencia del ámbito privado/doméstico para estas mujeres. Más de la mitad de las mujeres tenían registrada esta ocupación (66%). No sabemos acerca de la calidad de este registro pero sabemos que menos de la mitad registraron trabajos afuera de sus casas. El siguiente grupo más frecuente es el de cocineras y servicio doméstico, ocupación asociada a sectores populares y a tareas parecidas a las domésticas pero en otras casas (5,5%).

Tabla 6- Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según ocupaciones (clasificadas).

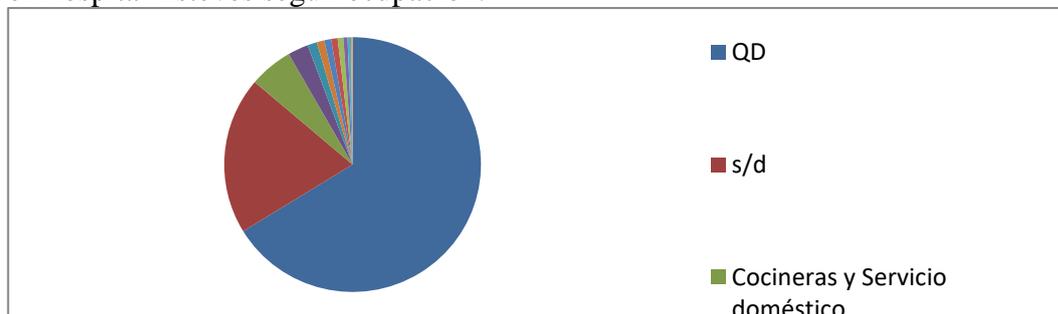
Ocupación	Frecuencia
QD	1383
s/d	417
Cocineras y Servicio doméstico	115
Oficios	54
Producción y trabajo manual	25
Empleada	20
Profesoras/maestras	18
sin ocupación	17
Periodista, artista, estudiante	15
Asistentes de Salud	11
Jubilada/o	9
Botellero, humilde, prostituta	4
Total	2088

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Archivo General de la Nación

Luego, le sigue el grupo de oficios (corseteras, bordadoras entre otras) y apenas más atrás el de trabajo manual y producción. El resto de las ocupaciones tienen una frecuencia de aparición menor. La gran mayoría realizaba tareas manuales.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Figura 4 - Distribución de frecuencias de personas fallecidas entre 1957-1971 en el Hospital Esteves según ocupación.



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Archivo General de la Nación

10.3.5 Frecuencia de fallecimientos por año de ingreso

Las personas que fallecieron en el período de estudio en el Esteves ingresaron entre 1897 y 1971, es decir que lo hicieron a lo largo de 74 años. Ahora bien, la distribución de esos ingresos no es pareja. Podemos observar en la Figura 5 que según el año de ingreso de las fallecidas en el período de estudio hay un crecimiento marcado en el ingreso en 1914 (siete ingresos) y ese número comienza a crecer teniendo otro pico hacia 1917 (doce ingresos) y otros en 1924 (treinta y siete ingresos).

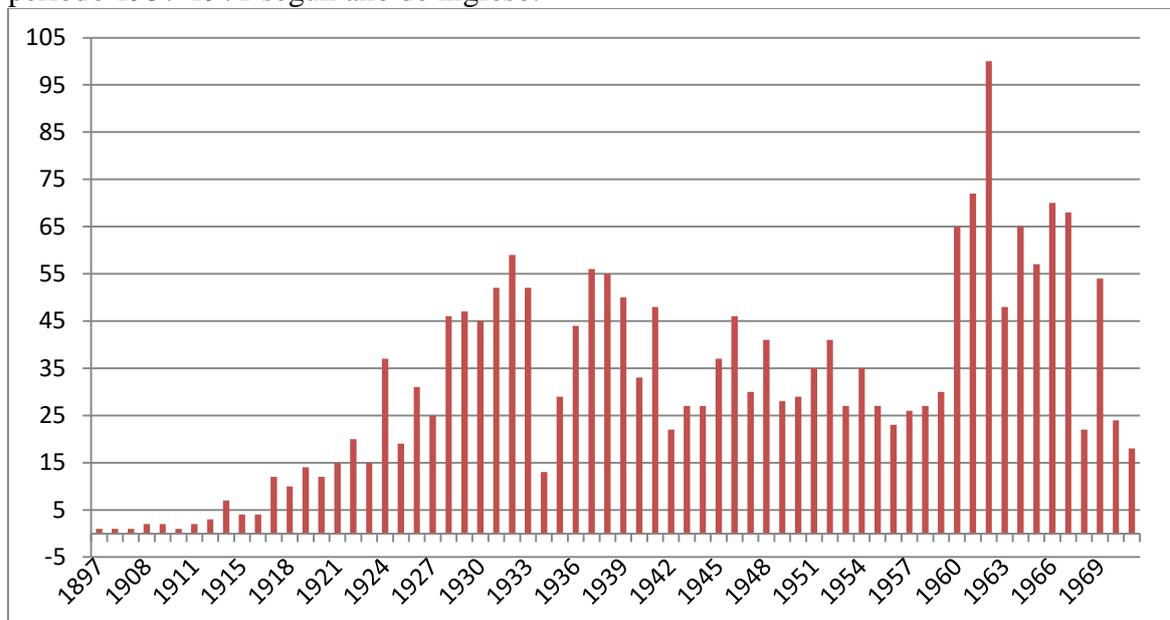
A partir de ese año y durante los años '30 también crece el número de ingresos, excepto por los años 1934 y 1935 en que cae la cantidad de ingresos para volver a crecer en 1936 hasta 1937 donde hay otro pico (cincuenta y seis ingresos). A posteriori, ese número va decreciendo hasta 1942 (veintidós ingresos). Entre 1942 y 1956 crece y decrece en un rango que va entre los 22 y 46 ingresos por año. En 1957 comienzan a crecer lentamente la cantidad de ingresos (veintiséis ingresos) pero el crecimiento abrupto en la cantidad de ingresos se da en 1960 (sesenta y cinco ingresos). La cantidad de ingresos sigue creciendo hasta 1962 donde llegamos al año de mayor cantidad de ingresos del siglo (de personas que fallecieron en el período de estudio) con cien ingresos. En 1963 cae la cantidad de ingresos (cuarenta y tres ingresos) y luego va creciendo hasta rondar los setenta ingresos por año hacia 1966.

Nos llama la atención la caída a menos de una tercera parte de los ingresos entre 1967 y 1968 pues cae de un año a otro a la tercera parte (de 68 a 22 ingresos). En 1969 el número de ingresos crece a más del doble (cincuenta y cuatro ingresos). En 1970 y 1971 dicho número cae a alrededor de veinte ingresos por año.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Entre 1960 y 1967 ingresaron 545 personas que fallecieron en el período de estudio, es decir que más de un cuarto (26,1%) de las fallecidas del período ingresaron en tan sólo 7 años, el resto de los ingresos se distribuyen en más de sesenta años. Esta década (1960) es la de mayor cantidad de ingresos de personas que fallecerán justamente en este período.

Figura 5- Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según año de ingreso.



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Archivo General de la Nación

10.3.6 Frecuencia de fallecimientos por año de fallecimiento

Otra variable que podemos describir es la frecuencia de fallecimientos según año de fallecimiento. Refiere a la cantidad de fallecimientos ocurridos por año¹⁸. Según podemos observar en la Figura 6 y en la Tabla 7, en el período 1957-1971 la cantidad de fallecimientos en el Hospital Esteves oscila entre 109 y 215 muertes por año. En estos años es posible encontrar al menos tres puntos que destacan: 1959, 1967 y 1971 siendo el primero el más pronunciado de los tres. Los tres fueron destacados debido a que presentan un crecimiento en la cantidad anual de fallecimientos a comparación de los años inmediatamente anteriores.

¹⁸ Se diferencia de otra variable que es la de frecuencia de fallecimientos según año de ingreso.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Comencemos por el primer punto crítico. En 1959 se produjo el mayor pico de fallecimientos de personas internadas en el Hospital Esteves de todo el siglo XX. Ese año la cantidad de fallecimientos llegó a duplicar a la de años anteriores y superó notablemente a las de años posteriores (1959: 215 fallecimientos). Resulta llamativo el crecimiento notable entre 1958 y 1959. Ya en 1960 cayó a 135 la cantidad de fallecimientos. El siguiente punto crítico es en 1967 que supera en 30 fallecimientos al año inmediatamente anterior y al posterior. Por último en 1971 vuelve a crecer la cantidad de fallecimientos respecto de años anteriores con casi 30 fallecimientos más que 1970 (ver Tabla 7).

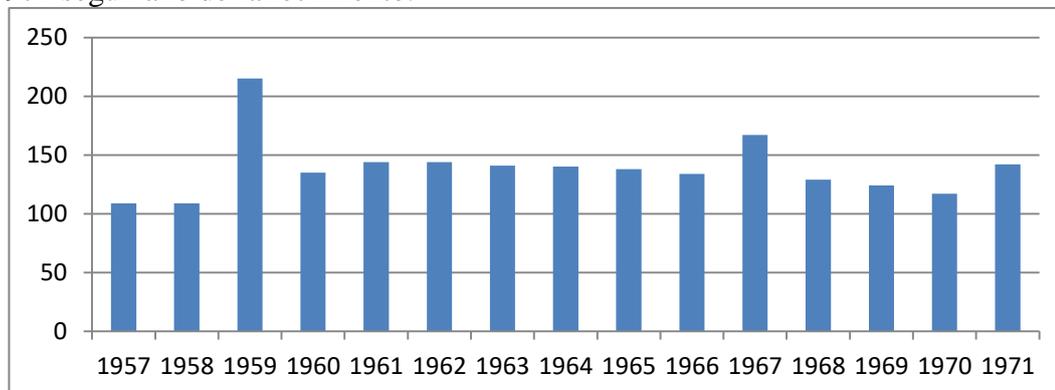
Tabla 7- Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según año de fallecimiento.

Año de Fallecimiento	Frecuencia
1957	109
1958	109
1959	215
1960	135
1961	144
1962	144
1963	141
1964	140
1965	138
1966	134
1967	167
1968	129
1969	124
1970	117
1971	142
Total general	2088

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Archivo General de la Nación

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Figura 6- Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves entre 1957-1971 según año de fallecimiento.



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Archivo General de la Nación

NOTA: llama la atención que según S Bermann (1959) para 1957 se registraban 103 fallecimientos mientras que según las bases analizadas el número es de 109.

10.3.7 Frecuencia de fallecimientos por año de fallecimiento y años de internación

La variable “años de internación”¹⁹ indica la cantidad de años que transcurren desde la primera internación de una persona hasta su fallecimiento en la institución.

Las personas fallecidas en el Esteves entre 1957 y 1971 llevaban entre 0 y 62 años de internación al momento de morir.

Para poder conocer más acerca de esta heterogeneidad construimos dos grandes grupos: uno de las personas que fallecieron con hasta dos años de internación [0; 2) y otro de más de dos años de internación y hasta 62 [2; 62] y describimos cómo variaban estos dos grupos a lo largo del período siendo que uno es un grupo de internación “recientes” mientras el otro es de internación de larga data (población más cronificada). Dudamos en realizar tal agrupamiento debido a que un grupo incluye sólo dos años de internación y el otro sesenta. Sin embargo, desde el proyecto de tesis habíamos mencionado lo llamativo que era como novedad del período el surgimiento de fallecimientos de personas con hasta dos años de internación. Dicho agrupamiento podría dar cuenta de la diferencia entre personas que fallecieron luego de un largo proceso de aquellas personas que fallecieron durante una primera internación y a lo sumo con hasta 24 meses de internación. Sus gráficas en los momentos en que de un año a otro no varían los fallecimientos se mantienen iguales, sin embargo cuando el

¹⁹ Este cálculo excluye periodos en que las personas internadas pudieron salir con alta a prueba –en general no mayores a seis a siete meses, pero con reingreso; ocurriendo el fallecimiento en el hospital.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

grupo de “cronificados” crece o decrece abruptamente el año inmediatamente posterior lo hace el grupo de los agudos. Por momentos pareciera que la gráfica del segundo grupo copiara a la del primero con un atraso de 1 o 2 años pero con menor cantidad de fallecimientos. Por ejemplo en 1959 hay un pico de fallecimientos de personas con más de dos años de internación mientras que fallecen pocos con menos de dos años de internación. Sin embargo, inmediatamente después decrece la cantidad de fallecimientos de personas con más de dos años de internación y crece la cantidad de fallecimientos de personas con menos de dos años de internación.

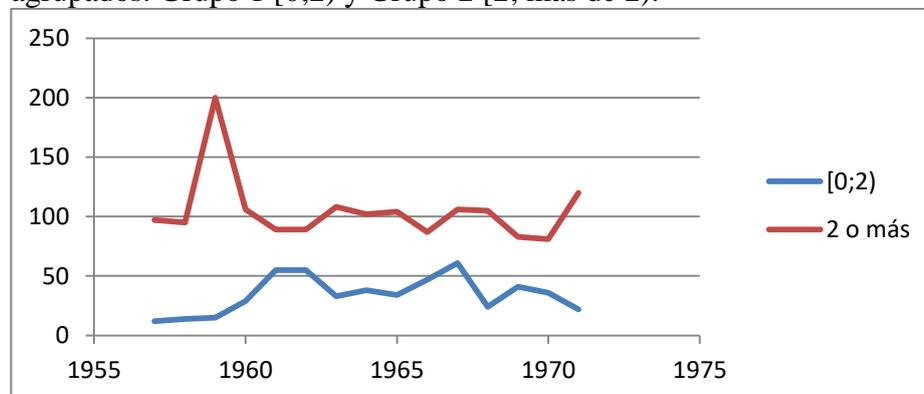
Tabla 8- Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según años de internación agrupados. Grupo 1 [0;2) y Grupo 2 [2; más de 2).

Fallecimiento	[0;2)	2 o más	Total
1957	12	97	109
1958	14	95	109
1959	15	200	215
1960	29	106	135
1961	55	89	144
1962	55	89	144
1963	33	108	141
1964	38	102	140
1965	34	104	138
1966	47	87	134
1967	61	106	167
1968	24	105	129
1969	41	83	124
1970	36	81	117
1971	22	120	142
Total general	516	1572	2088

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Archivo General de la Nación

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Figura 7- Distribución de frecuencias de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según años de internación agrupados. Grupo 1 [0;2) y Grupo 2 [2; más de 2).



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Archivo General de la Nación

En la Figura 7 puede observarse que el pico de fallecimientos de 1959 que habíamos descrito con anterioridad corresponde casi completamente a las personas con más de dos años de internación (200/215).

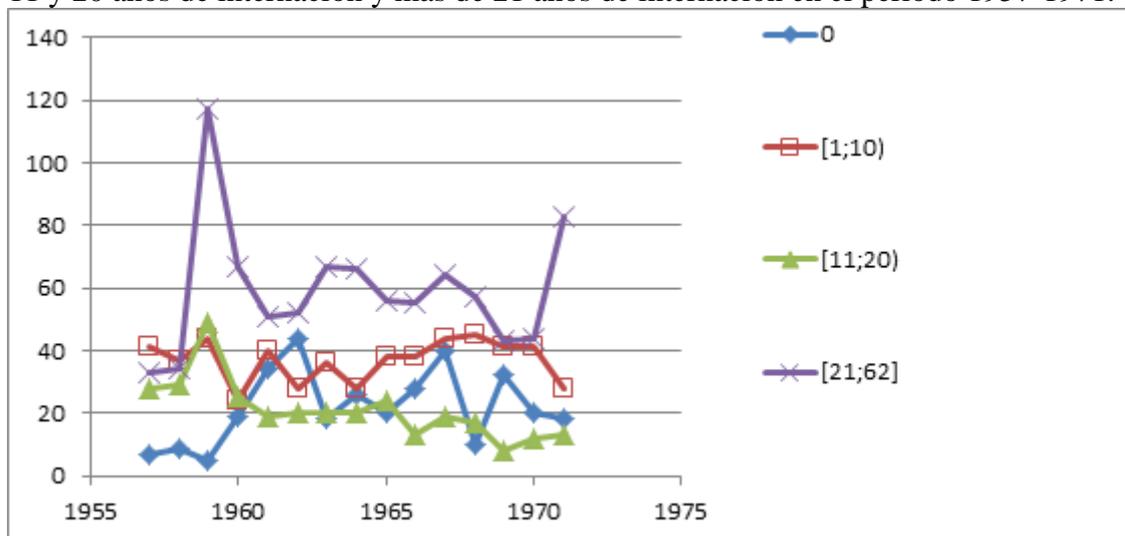
A posteriori de ese pico, los fallecidos con más de dos años de internación bordean la línea de los 100 fallecimientos por año (oscila entre los 83 y 108 fallecimientos por año) volviendo a producirse un crecimiento de fallecimientos por año hacia 1971 con más de 120 fallecimientos.

El grupo con hasta dos años de internación creció notablemente en número de fallecimientos por año hacia 1960 (duplica a 1959 que tenía 15 fallecimientos). En 1961 volvió a dar un salto. Quizás esta sea una novedad a partir de 1960. Luego con altibajos se mantiene oscilando entre 33 y 47 fallecimientos por año hasta un pico de fallecimientos hacia 1967 con 61 fallecimientos. A posteriori de dicho año la cantidad de muertes por año de personas con menos de dos años de internación fue disminuyendo hasta 1971.

Asimismo consideramos relevante poder diferenciar los casos de internación y fallecimiento en menos de un año por ser este un desenlace veloz de otros rangos de años de internación: entre 1 y 10, entre 11 y 20 y 21 y más. Agrupamos los fallecimientos de este período del siguiente modo [0;1), [1;10), [11;20), [21;62].

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Figura 8- Frecuencia de fallecimientos en el Hospital Esteves por año agrupados según años de internación. Hasta un año de internación, entre 1 y 10 años de internación, entre 11 y 20 años de internación y más de 21 años de internación en el período 1957-1971.



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Archivo General de la Nación

De ese agrupamiento pudimos notar que el grupo de fallecidos con menos de un año de internación creció hacia 1960 y tuvo picos en 1962, 1967 y 1969. Asimismo dicho grupo comenzó a caer en número de fallecimientos en 1968 (Ver Figura 8). Este grupo tuvo más fallecimientos que el grupo con entre 11 y 20 años de internación al fallecer.

El grupo que tenía entre 21 y 62 años de internación al morir tuvo un pico muy pronunciado hacia 1959 lo que da la idea de que el pico en general de 1959 tiene un componente alto de fallecimientos de personas con más de 20 años de internación. A su vez hacia 1971 este grupo creció abruptamente en cantidad de fallecimientos por año casi duplicando los fallecimientos de 1970 (de 44 a 83 fallecimientos en 1971).

Justamente en 1971 mientras todos los grupos tendían a disminuir su cantidad de fallecimientos por año (más paulatinamente o más abruptamente) el número de fallecimientos de personas con más de 21 años de internación creció abruptamente.

10.4 Análisis cuantitativo de la muestra de HC.

Hasta aquí hemos hablado de las 2088 HC de personas fallecidas en el período de estudio. Ahora accederemos a nuevas variables a partir de una base de datos que cargamos con el equipo de investigación con el 20% de las HC del fondo documental

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

(muestra aleatoria simple de 812 HC). Ahora bien, de esa base de datos seleccionamos solamente las de mujeres fallecidas en nuestro período de estudio. Este segmento de la muestra quedó conformado por 372 HC (excluimos de esta base las HC de varones)

10.4.1 Hay que pasar el invierno. Estación del año de fallecimiento

A partir de la fecha de defunción pudimos saber en qué estación del año fallecieron las mujeres del período de estudio. La distribución no resulta extremadamente despareja, pero se destacan los fallecimientos en invierno que constituyen casi un 34% del total (ver Tabla 9).

Tabla 9- Distribución de frecuencias de muestra de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según estación del año.

	Invierno	Primavera	Otoño	Verano	S/d	Total general
Frecuencia	126	86	80	63	17	372
Porcentaje %	33.87	23.11	21.5	16.93	4.56	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de datos relevada por el equipo de investigación Sy et al. (2016).

10.4.2 Edades de fallecimiento

A partir de la fecha de fallecimiento y considerando o bien la edad al ingresar (y el año de ingreso) o bien el año de nacimiento calculamos la edad en años al momento de fallecer de las personas incluidas en la muestra. Con esos datos calculamos la media, la moda y el promedio de edad al morir -exceptuando a 25 HC de las cuales no teníamos registro de edad de muerte ni pudo ser reconstruida- (ver Tabla 10).

El promedio de edad de fallecimiento dio 65,3 años, la moda y la mediana 67 años. Para 1960 según el censo la esperanza de vida al nacer era de 68,87 años para las mujeres y 63 para los varones (INDEC; 1973). Agrupamos los fallecimientos entre las personas que fallecieron con menos de 68 años y aquellas que fallecieron con 68 y más años de edad. De las mujeres fallecidas en el período de estudio más de la mitad (182/165) fallecieron antes de los 68 años (52,4%) (Ver Tabla 11 y Figura 9).

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Las edades de fallecimiento se distribuyen entre los 16 y los 94 años en el período de estudio. La variable edad nos interesaba especialmente puesto que sería muy diferente tener muchos fallecimientos de gente muy joven que fallecimientos de adultos mayores.

Tabla 10- Promedio, moda y mediana de edades de fallecimiento de la muestra de HC de fallecidas en el Hospital Esteves entre 1957 – 1971.

Promedio de edad en años	65,38
Moda de edad en años	67,00
Mediana de edad en años	67,00

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de datos relevada por el equipo de investigación Sy et al. (2016).

Tabla 11- Distribución de frecuencias de muestra de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según edad de fallecimiento agrupada <68 y ≥ 68 años.

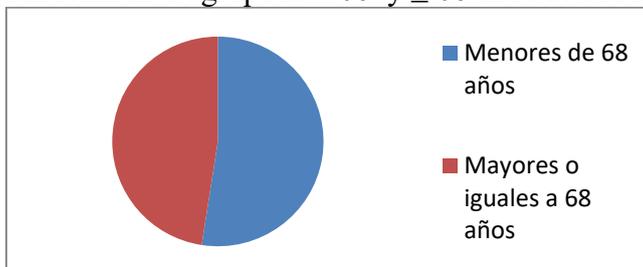
Edad en años al fallecer	Frecuencia
Menores de 68 años	182
Mayores o iguales a 68 años	165
Total	347

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de datos relevada por el equipo de investigación Sy et al. (2016).

Los fallecimientos de las personas con menos de 55 años se dieron exclusivamente a posteriori de 1953. De esas 67 personas, 52 (casi el 80%) falleció a partir de 1961. Es decir que estos fallecimientos de personas más jóvenes se concentraron en la década del '60.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Figura 9- Distribución de frecuencias de la muestra de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según edad de fallecimiento agrupada <68 y ≥ 68 años de edad.



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de datos relevada por el equipo de investigación Sy et al. (2016).

10.4.3 “Pasa a Lomas”

De las 372 HC de la muestra, tenemos registro de que al menos 122 fueron trasladadas a “Lomas” en su gran mayoría procedentes del HNA. Considerando los 122 casos registrados de traslados, esas personas tuvieron su primera internación en otro hospital con anterioridad a 1953 (y luego de algunos años de internación fueron trasladadas a “Lomas”). Esto condice con el hecho de que “Lomas” nació para desagotar crónicas del HNA y con el dato de que existen mujeres que figuran como internadas antes incluso de que existiera dicho anexo. Es decir que registramos ingresos anteriores a 1908 porque las mujeres habían estado internadas en otros hospitales principalmente el HNA. Sólo en dos casos de la muestra registramos que la primera internación (y posterior derivación a Lomas) había sido en el HNA y posteriormente a 1953 en el HNA: una en 1962²⁰ y la otra en 1968²¹. Es probable que en la primera mitad de los años de la década del 50 se haya ido modificando la frecuencia de ingresos vía HNA.

Es posible pensar que el circuito de ingreso se viera modificado y comenzaran a ingresar directamente al Esteves. En este sentido según los años de ingreso, la década

20 Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, Legajo N° 123, HC N°11.110.

21 Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Felisa” Legajo N° 180, HC N°9.268.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

del '50 tiene menos ingresos a comparación con la década inmediatamente anterior e inmediatamente posterior.

10.4.4 Procedencia

La procedencia registrada en las HC da cuenta de cierta heterogeneidad. El lugar principal de procedencia es la Capital Federal (43%). A su vez del interior de la provincia de Buenos Aires (15,3%) así como de localidades del conurbano (11%) hay una presencia importante. De otras provincias procedían sólo 24 personas (6,45%) en especial de Entre Ríos y Santa Fe (ver tabla siguiente).

Específicamente hablando del conurbano bonaerense las personas procedían centralmente de los partidos del sur del conurbano aunque también había personas procedentes del Oeste y en menos medida del norte.

Tabla 12- Distribución de frecuencias de muestra de personas fallecidas en el Hospital Esteves en el período 1957-1971 según lugar de procedencia.

Lugar de procedencia primera internación	Frecuencia	%
Capital Federal	160	43,00
S/D	82	22,00
Provincia de Bs As (sin conurbano)= Campana Dorrego, Castelli, 9 de julio, Mar del plata , Balcarce	57	15,30
Conurbano	41	11,00
Otras Provincias (Neuquén, Formosa, Córdoba, Río Negro , Chubut, La Pampa, Jujuy)	11	3,00
Pvcia Entre Ríos	8	2,15
	5	1,34
Pvcia Santa Fe		
Otras instituciones (Asilo, Colonia Vidal, Colonia Abad Oliva, Hogar de ancianos "Pedro Benvenuto", Cotelengo Avellaneda, Instituto Frenopático de la Cap. Fed., Asilo de Gral. Richieri, Hospital. Muñiz	8	2,15
Total	372	100

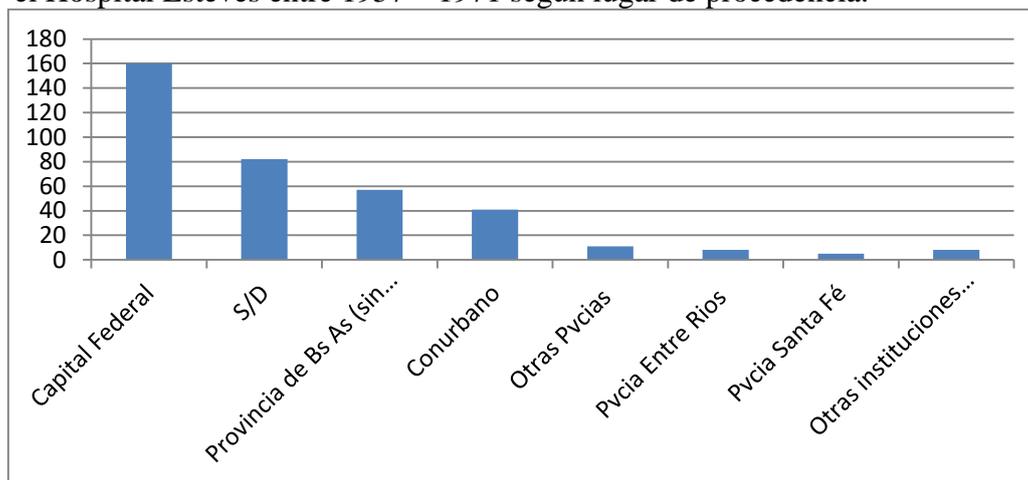
Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de datos relevada por el equipo de investigación Sy et al. (2016).

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Los ingresos del conurbano sur dentro de los del conurbano son mayoritarios (26 del sur/41 de todo el conurbano bonaerense). El Esteves justamente se encuentra en el Conurbano Sur por ello dichos ingresos pueden darnos una pista acerca de si ingresaban o no personas directamente al Esteves (de la zona) o si todas procedían del HNA.

Hemos realizado la distribución de frecuencias de dichas personas a lo largo de los años y si bien hay tres casos anteriores a 1959 (en la década del '30) todo el resto se aglutina en la década del 60. Esto apoyaría la idea de que el circuito de ingreso se modificó y comenzaron a ingresar por “Lomas” y ya no derivados del HNA como vía de desagote de crónicas a partir de ese año.

Figura 10- Distribución de frecuencias de la muestra de personas fallecidas en el Hospital Esteves entre 1957 – 1971 según lugar de procedencia.



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de datos relevada por el equipo de investigación Sy et al. (2016).

10.4.5 Personas con más de 70 años al ser internadas

La edad al ser internadas es una variable importante para caracterizar los ingresos. Habríamos querido profundizar en el análisis de esta variable pero por el momento sólo pudimos centrarnos en un grupo. A partir de la carga de HC y del relevamiento bibliográfico comenzamos a preguntarnos si sería homogénea la distribución de frecuencias de los ingresos de personas de edad avanzada. De modo arbitrario elegimos una edad para probar tal distribución. Elegimos la edad de 70 años como corte reconociendo la arbitrariedad del mismo. Fueron 37 personas las que ingresaron con más de 70 años (y hasta 91 años).

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Sería interesante poder analizar estos datos a la luz del estado de las cajas jubilatorias para aquellos años debido a que nos preguntamos si en momentos de crisis económica, de crisis de las cajas jubilatorias las personas mayores cuyo proceso de envejecimiento en sí mismo puede conllevar alguna característica que la psiquiatría podría definir como síntomas no fueron internadas en tanto las familias no podían sostenerlos.

Tabla 13- Distribución de frecuencias de personas que al ser internadas en el Hospital Esteves tienen más de 70 y hasta 91 años al momento de ingresar y fallecieron allí entre 1957 y 1971.

Año de ingreso de personas >70	Frecuencia
1949	1
1946	1
1953	1
1955	2
1956	1
1957	1
1960	1
1961	4
1962	4
1963	1
1964	1
1965	5
1966	5
1967	6
1968	1
1969	2
TOTAL	37

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de datos relevada por el equipo de investigación Sy et al. (2016).

La Tabla 13 muestra el crecimiento que existe en el número de ingresos de personas de más de 70 años a partir de 1961 y en especial hasta 1967. De las 37

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

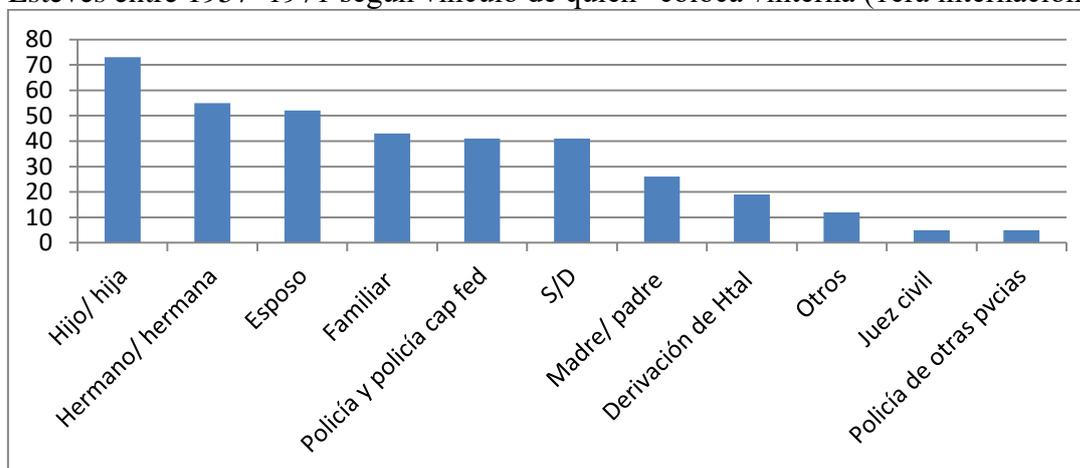
personas con más de 70 años y fallecieron en el período de estudio 26 ingresaron a partir de 1961 y hasta fin de 1967.

10.4.6 “Colocada por”

En la historia clínica puede leerse la expresión “colocada por”, la cual remite a quienes internaron por primera vez a las personas fallecidas en el período en estudio. El análisis de esta variable muestra que fueron los hijos (casi en el 20% de los casos), hermanos (14,78%) (con mayor frecuencia de varones) y esposos (13,97%) las personas que más frecuentemente las internaron. Le siguen en frecuencia otros familiares (sobrinos, primos, suegros, tíos, yernos, cuñados) (11,56%), la policía capital federal y provincia de Bs As (11,02%), luego los padres/madres (6,98%). Luego las derivaciones de otros hospitales (5,1%) (ver tabla 14). Entre estas derivaciones no están consideradas las derivaciones del HNA pero sí de hospitales generales, hogares de ancianos. Cuando el traslado se hacía desde el HNA directamente aparecía un registro entre las descripciones médicas que dejaba constancia de dicho pase. El tipo de registro no difiere del pase de un pabellón a otro.

Por último con menores proporciones figuran vecinos, patrón, dueño de casa que alquila, los jueces y las policías de otras provincias. Queda en evidencia que quienes internaron por primera vez a estas personas fueron en su mayoría de su fuero más cercano (48,43% entre hijos, hermanos y esposo).

Figura 11- Distribución de frecuencias de la muestra de personas fallecidas en el Esteves entre 1957–1971 según vínculo de quien “coloca”/interna (1era internación).



Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de datos relevada por el equipo de investigación Sy et al. (2016).

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Tabla 14- Distribución de frecuencias de vínculo de quien “coloca”/interna (1era internación) a las personas de las HC de la muestra de personas fallecidas en el Esteves entre 1957 – 1971.

1° internación colocada por	Frecuencia	%
Hijo/ hija	73	19,62
Hermano/ hermana	55	14,78
Esposo	52	13,97
Otros Familiares (sobrino/a primo/a suegro/a, tía, yerno, nieto cuñado)	43	11,56
Policía y policía de Capital Federal	41	11,02
S/D	41	11,02
Madre/ padre	26	6,98
Derivación de Hospital Fiorito, Rivadavia, Oliva , Cotolengo de Avellaneda, Hogar de ancianos, Asistencia Social, Salud Pública, Fernández, Cotolengo Argentino	19	5,10
Otros (vecina, médico, extraño, patrón, dueña de la casa donde alquilaba)	12	3,22
Juez civil	5	1,34
Policía de otras provincias (Neuquén, Río Negro, Jujuy)	5	1,34
Total	372	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la matriz de datos relevada por el equipo de investigación Sy et al. (2016).

Nosotros creíamos que en muchos casos serían los esposos quienes las internaban, sin embargo es mayor la presencia de hijos en la internación.

También nos llamó la atención la baja presencia judicial en los ingresos. Ahora bien creemos que eso se debe a un modo de registro de la HC. Muchas HC están interdictas, muchas tienen intervención judicial en tanto juicio de insania por ejemplo. Si bien no “las coloca” un juez sí interviene en su internación a posteriori.

La policía merecería especial atención que excede este trabajo. En los reingresos su presencia es mucho mayor. Es decir que es común encontrar HC donde el ingreso lo hace un familiar y con los años las personas “se fugan” o son externadas y son reingresadas por la policía.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

10.4.7 “Color”

Si bien no hemos ahondado sobre la frecuencia con que se registraba el color de piel de las personas internadas (en qué década se registró más el color de piel) hay registros de color de piel en nuestra muestra hasta 1969. Ese es el extremo superior.

No hay datos de “color” en el 43,5% de las HC (162/372). De las 162 de las que no hay datos, más de la mitad (108) son de la década del ´60. Es decir que cuando menos se registró el color de piel fue en los años ´60.

Del total de HC el 52,7% (196/372) tenían el registro de “blanca”, la otra mitad casi completa no tenía registrado el color de piel.

10.4.8 Causa de muerte registrada

El registro de causa de muerte tiene algunas complejidades. En muchas circunstancias se registraba insuficiencia cardíaca aguda o bien paro cardio-respiratorio no traumático. Ahora bien, esos registros no brindan la oportunidad de saber qué originó el proceso de muerte lo que se podrá visualizar a partir del análisis cualitativo en profundidad. Los registros de causa de muerte en la muestra y para el período en estudio exceden nuestra posibilidad actual de análisis. Sólo podemos mencionar que entre las causas registradas se encuentran según frecuencia de aparición las insuficiencias cardíacas agudas, las crónicas, enfermedades agudas del pulmón (TBC, edema agudo), caquexia, arterioesclerosis, gastroenteritis, enterocolitis, tumores/cáncer, coma hepático, hipertensión arterial, obstrucción intestinal, pancreatitis, otros.

Estas personas fallecieron en un hospital Neuropsiquiátrico. Cabe preguntarse si en el Esteves había suficiente capacidad de intervención desde lo clínico médico, si tales fallecimientos habrían sido evitables de ser tratados en un hospital general y no en un monovalente psiquiátrico.

10.5 El objeto historia clínica

Antes de presentar el trabajo con las HC en profundidad nos pareció pertinente caracterizar algunas particularidades del objeto Historia Clínica de un manicomio por el tipo de registro que contiene y porque es una de las fuentes centrales de esta tesis.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Esta caracterización se realizó en base al registro de reflexiones durante el trabajo de carga de la base de datos con la muestra de HC (diario de campo) así como a partir del trabajo con las ocho HC reconstruidas como recorridos de internación. Aunque las reconstrucciones de casos se presentarán en un apartado posterior, nos adelantaremos y presentaremos los nombres ficticios de las HC reconstruidas como fuente de información para justificar estas reflexiones²² (“Felisa”, “Clelia”, “NN”, “Elsa”, Gabriela”, “Tita”, “Romina” y “Marité”, ver en apartado “Historias críticas”).

Las historias clínicas del fondo documental consultado suelen ser carpetas agrupadas en cajas por año de fallecimiento. Algunas tienen en su portada escrito en color rojo “falleció xx-xx-xxxx (fecha)”, otras llevan la marca de un sello que dice “interdicta”; otras simplemente llevan el nombre de la mujer internada o algunos de los sucesivos números que tuvo su HC. Dichos números dan cuenta de traslados de hospital y estimamos que posiblemente den cuenta de reingresos.

En las HC hemos encontrado certificados de defunción, radiografías, pedidos de informes judiciales, cartas de familiares solicitando certificados de supervivencia, pasaportes, libretas de casamiento, planillas de censos de salud mental (años ´60), sellos

²² La cita formal de dichas HC es la que sigue, sin embargo de ahora en adelante para facilitar la lectura nos referiremos a ellas según el nombre ficticio asignado a cada una de ellas:

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, “Serie Historias Clínicas”, “Clelia”, Legajo N°31, HC N°37.765.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Marité”, Legajo N° 43, HC N°12.941.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Romina”, Legajo N° 121, HC N°37.160.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Gabriela”, Legajo N° 117, HC N°14.252.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “NN”, Legajo N° 85 , HC N°10.889.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Elsa”, Legajo N° 152, HC N°12.869.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Tita” Legajo N° 117, HC N°7469.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Felisa” Legajo N° 44, HC N°43.407.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

de vacunas (antitífica, antivariólica, antituberculina, etc.), estudios médicos (orina, sangre, electrocardiograma, radiografías).

En general lo primero que encontramos al abrir una de estas HC es un certificado de defunción. Inmediatamente después una copia de un telegrama para los allegados: “Falleció xxxxx xxxxx (nombre y apellido). Responda si se hace cargo”. Si la familia no responde, aparece un pequeño papelito que certifica que la Facultad de Medicina retira “el cadáver”.

Luego por lo general hay una “hoja pre-impresa” que va modificándose con los años. Algunas llevan el nombre de “cuadro nosológico” otras de “historia clínica”. La información que allí se incluye si bien varía con los años en términos generales contiene datos que no suelen faltar. Los mismos son: nacionalidad, edad, nombre de quien acompaña/ “colocada por”, año de internación, año de fallecimiento, interdicción de la HC en caso de que así lo sea. También se incluye el color de piel y una fotografía del ingreso. Los registros de “color” y la fotografía son más habituales a principio de siglo que en la década del ´60.

En cuanto a los tratamientos muchas veces el registro apareció a partir de una planilla de un censo del INSM o en hojas sueltas al final de las HC (en especial en el caso shocks). Lo mismo ocurre con los diagnósticos, si bien suele haber un ítem en los formularios pre-impresos, muchas veces no se los completaba. Mucha información la obtuvimos de una planilla de un censo de salud mental de los 60²³ gracias a la cual supimos que en algún momento de la internación se le aplicó a una persona electroshock, sedantes, antibióticos, piretoterápicos y neuroplégicos como parte de su tratamiento.

A posteriori de los mencionados formularios pre-impresos hemos encontrado generalmente breves registros del “estado mental” y clínico de la persona. Muchas veces no se distingue si lo que se registra es un relato de la persona en cuestión, de un familiar, de la policía o una apreciación médica. Dichos discursos aparecen indiferenciados. El criterio de inclusión de signos y síntomas resulta al menos, confuso. Pareciera que la voz con más peso en la admisión sería la de los considerados

²³ estimamos que de 1960 o de 1966 por otras planillas fechadas

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

“cuerdos”. El registro del primer ingreso en general suele ser el más detallado. Posteriormente suelen ser escasos y con los años cada vez más espaciados en el tiempo.

En cuanto a la frecuencia de registros hemos llegado a encontrar HC con registros espaciados por hasta cinco años como en el caso de “Elsa”. Sin embargo, es más frecuente que las “evoluciones” tengan una distancia entre sí de seis a siete meses una vez transcurridos los primeros cuatro o cinco años de internación. Dentro de esos registros (semestrales) suele ocurrir que alguno de ellos refiera al sello de la vacunación antivariólica o antitífica (Ver recorrido de “Felisa”, “Elsa” o “Romina”) o a algún procedimiento clínico (sutura, cura plana, administración de antibiótico).

Otra cuestión interesante de las HC es que muchas veces los egresos son solicitados por los familiares como ocurre por ejemplo con “Elsa”, “Clelia” y “Marité”. En el caso de Clelia si bien la notaron “algo deprimida” a insistencia de un familiar le dieron el alta en prueba.

Una vez que la persona volvía al manicomio luego de un “alta a prueba” la mayoría de las veces se consignaba simplemente “reingreso” y no solían registrarse una evaluación de signos y síntomas.

En general si hubo intentos de fuga o incluso fugas en general fueron a posteriori del primer reingreso (como ocurrió con “Elsa” y “Marité”) y muchas veces fueron fugas en compañía de otras mujeres internadas (como es en el caso de Marité) y a repetición (se fuga del pabellón, del hospital) (Marité). En los casos de reingresos y fugas la policía notamos que aumenta notablemente su intervención (Marité). Es decir que si bien los familiares y amigos tienen una presencia mucho mayor en la primera internación, en los posteriores reingresos crece en presencia la intervención policial.

Las historias clínicas también incluyen informes de los “visitadores sociales”, luego “asistentes sociales” en especial a partir de principio de los años 60 como es en el caso de “Marité”. Dichos informes suelen estar tipeados a máquina de escribir y estar dirigidos a la jefa de servicio social. La información que brindan dichos informes suele ser rica descriptivamente en cuanto a las condiciones de vida, vínculos y la situación en que una persona llega a internarse mientras que la información de la admisión suele ser más escueta.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Los registros de los psicólogos son escasos y sólo los encontramos a partir de fines de los años 60.

En algunas HC (a posteriori de 1950 y en general asociados a la administración de psicofármacos) hay hojas de registros de enfermería. Dichos registros se encuentran en hojas aparte y siempre están ubicados al final de la carpeta y como hojas sueltas. Son los que tienen mayor frecuencia de registro (habitualmente diario) y están casi siempre firmadas. También es particular la firma: son nombre de pila de mujeres. Con anterioridad a los psicofármacos si aparecían nombradas las enfermeras es por haber sido agredidas por una paciente o acusada de haber golpeado a una paciente (“Elsa”) o como acompañando la labor médica.

A diferencia de los registros de enfermería, los registros médicos no suelen estar firmados (excepto en el ingreso, en la defunción y en situaciones que revisten cierta gravedad como algún cuadro clínico complejo) y no es inhabitual que tengan letra “ilegible”. Muy infrecuentemente encontramos registros que describen hipótesis de los médicos intervinientes, tales registros muchas veces fueron producidos en el HNA, primer punto del recorrido de muchas de las mujeres fallecidas en el Esteves.

La procedimentalización de los registros nos dificultaba la lectura de la historia como historia del recorrido de una persona. En tal caso suele ser una historia de problemas clínicos, procedimientos clínicos e infrecuentemente del estado mental de la persona internada o de su tratamiento (como sí queda evidenciado cuando los problemas son clínicos). Muchas veces se presenta una rigurosa economía de palabras, no se usan pronombres ni artículos (“erisipela en pierna derecha. Pincelaciones con alcohol...”). Muchas veces simplemente se incluyen adjetivos sin explicar mayores cuestiones. Tal es el caso del registro habitual “levantada, tranquila”, “igual estado mental” o “estado mental sin variación” o el sello de una vacuna antitífica.

En cuanto al hospital de ingreso cabe pensar ciertos circuitos. Hay personas que proceden de otros centros manicomiales en especial del HNA y han pasado en dichos hospitales algunos años. En dichos casos suele registrarse que “Por su cronicidad podría pasar a Lomas” (Romina). El traslado a Lomas también es registrado cuando una

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

persona no es visitada²⁴ o bien a posteriori de un registro de desafío a la autoridad o de ironía como en el caso de Elsa. Otro circuito posible es desde guardias de hospitales generales (NN). Otro circuito de ingreso es vía Servicio de Psicopatología e Higiene Mental de un Hospital General (Gabriela).

Por último las HC resultaron una fuente de información acerca de los organigramas, directores y dependencias debido a que suelen incluir numerosos informes con hojas membretadas y firmas de autoridades de salud así como de otros sectores (policía, juzgados, etc.). Esto hizo posible hacer una reconstrucción “artesanal” de los directores del hospital, de su denominación, y de los entramados interinstitucionales. Así hemos encontrado firmas de jueces y comisarios. Entre estos últimos por ejemplo encontramos la de figuras públicas ligadas a la última dictadura militar Miguel Etchecolatz como Comisario de San Justo, La Matanza, Provincia de Bs As remitiendo a una persona a Lomas²⁵.

10.6 Análisis de las HC. Mirada transversal

En este apartado presentamos las categorías usadas en el análisis y la reconstrucción de los recorridos de las ocho HC que seleccionamos como casos. Algunas de ellas pre-existían el proceso de análisis y otras surgieron durante el mismo. Utilizamos para facilitar este análisis el programa Atlas Ti.

Debido a nuestro marco teórico metodológico incluimos aspectos vinculados al origen social de la persona, cuestiones referidas al proceso salud enfermedad atención así como menciones institucionales, de contexto y políticas públicas.

Todas las citas y comentarios de estos apartados se refieren a las ocho HC que oportunamente explicamos cómo seleccionamos y que identificaremos con pseudónimos para reservar la identidad de las personas: “Felisa”, “Clelia”, “NN”, “Elsa”, “Gabriela”, “Tita”, “Romina”, “Marité”²⁶.

²⁴ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, “Serie Historias Clínicas”, Legajo N°76, HC N°42.510.

²⁵ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, “Serie Historias Clínicas”, Legajo N° 1969, HC N° 13.743.

²⁶ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, “Serie Historias Clínicas”, “Clelia”, Legajo N°31, HC N°37.765.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

A partir de aquí nos referiremos siempre a estas ocho HC según el nombre de pila elegido como pseudónimo. Hemos consignado “xxxxx” cuando la letra de la HC nos resultaba ilegible.

El esquema de este apartado sigue la siguiente operacionalización de los recorridos de internación:

- Origen social y vínculos sociales (visitas, vínculos sociales, poder adquisitivo/nivel de instrucción/sector social, migraciones, informes y cartas).
- Proceso salud enfermedad atención. (hitos en la internación, condiciones de vida y vida cotidiana, comportamiento, signos y síntomas, tratamientos, mirada médico clínica).
- Políticas públicas, actores (actores y marco normativo).

10.6.1 Origen social y vínculos sociales.

Esta categoría de análisis hace referencia a cuestiones vinculadas con el poder adquisitivo del grupo social de origen de la persona internada, el tipo de vínculos sociales en tanto visitan a la persona internada o la persona internada recurre a ellos. También incluimos el lugar de procedencia y registro de migraciones en la historia de la persona. Se hizo hincapié en dichas cuestiones debido a que se considera la importancia de las redes sociales en un proceso de internación psiquiátrica, así como en relación al sector social y posibilidades materiales de sostener económicamente una

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Marité”, Legajo N° 43, HC N°12.941.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Romina”, Legajo N° 121, HC N°37.160.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Gabriela”, Legajo N° 117, HC N°14.252.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “NN”, Legajo N° 85 , HC N°10.889.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Elsa”, Legajo N° 152, HC N°12.869.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Tita” Legajo N° 117, HC N°7469.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Felisa” Legajo N° 44, HC N°43.407.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

posible externación.

En esta categoría incluimos las siguientes subcategorías:

10.6.1.1 ¿Visitada?

Refiere al registro acerca de todas las cuestiones vinculadas a visitas, pedidos de visitas, ausencia de visitas.

En esta subcategoría figuran las cartas de servicio social a la familia citándola para pedir visitas. Incluso aparece un pedido a la policía de averiguar el paradero de un hijo de una mujer internada para que la visite (Marité).

Un registro frecuente es el de “es visitada” (Felisa) (Clelia) (Romina). Así por ejemplo Felisa tiene un registro que dice: “27-3-55 buen estado general, levantada tranquila, desaseada, vida vegetativa. Come y duerme bien, es visitada.”

El registro no suele aclarar por quién es visitada ni con qué frecuencia. En los casos en que lo aclara suele ser un familiar directo; puede que lo hayan hecho llamar o que nunca haya dejado de visitarla. También hay registros de “nadie se interesa por ella” (Tita) o “no es visitada” (Tita). Figura un registro de dificultad de visita debido al horario de trabajo.

10.6.1.2 Vínculos sociales

Incluimos la mención a amigos, familiares, personas importantes para la persona internada. No incluye vínculos con otras personas internadas.

Existe poco registro de los vínculos sociales o personas importantes para la internada. En general se registra algún tipo de vínculo en el ingreso referido a quién acompaña a la mujer, a su estado civil y a lo sumo antecedentes familiares de algún tipo de enfermedad o si tiene hermanos, también en las alta a prueba, los reingresos y fugas. Muchas veces las “alta a prueba” son a pedido de familiares (Marité) (Clelia) y pueden darles pautas de cuidado (Marité).

También aparecen registros de vínculos sociales en lo referido a las fugas del hospital pues en general se dirigen a casas de amigos, conocidos o familiares (Marité).

Hay registros de vínculos sociales cuando mencionan las posibles causas de los

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

“primeros síntomas de la enfermedad”. Allí una HC relevada mencionaba “disgustos amorosos” (Elsa). Una de las mujeres había enviudado y se registra su tristeza por aquella muerte (Tita).

Hemos encontrado registros de vínculos durante la internación sobre tener “necesidad” de ver a familiares.

10.6.1.3 Poder adquisitivo/ nivel de instrucción/sector social

Incluimos registros que dan cuenta del sector social de origen en cuanto a poder adquisitivo y nivel de instrucción.

En esta subcategoría los registros se refirieron a que una de las mujeres tenía una pensión, otra era “bordadora” (Felisa), otra “sirvienta” (Elsa). En otro caso se menciona que el hijo de la mujer internada “lo obligaba a pedir limosna y que ejercía la prostitución delante de él”. (“Marité”).

El hijo de una de las mujeres vivía con su tío quien era “aparador” o reparador de calzado en una casa de material compartida con otros inquilinos.

En cuanto a la escolaridad estas mujeres eran “alfabeta hasta 2° grado” (Marité), habían cursado “hasta 6° grado” (Felisa), “analfabeta” (Romina), “sabe leer y escribir” (Elsa). En otro caso encontramos la escritura de una de estas mujeres cuya lectura se dificulta debido a una caligrafía que da cuenta de una no familiarización con la escritura (Marité).

Según el tipo de ocupaciones de las mujeres, sus familias y lo que mencionan sus familiares de ellas, la descripción del tipo de vivienda de las familias, así como considerando el nivel de instrucción (considerando que el analfabetismo durante el siglo XX en Argentina fue descendiendo notablemente, ver apartado “Breve caracterización del contexto económico, político y social en Argentina) estas ocho mujeres eran de sectores trabajadores.

10.6.1.4 Migraciones

Incluimos los registros de procedencia, domicilio al momento de la internación y anterior o lugar de nacimiento. Asimismo consideramos el registro de años de

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

residencia en el caso de que fueran inmigrantes.

En cuanto a las migraciones hay cuatro tipos para referir: a) Inmigración desde Europa. Hay una española que a los cinco años de residir en la Argentina fue internada en el HNA (Elsa). b) Migración interna desde el interior del país. Una mujer había migrado desde la localidad de Balcarce al conurbano bonaerense (Avellaneda) (Gabriela) y tiempo después fue internada. c) Domicilio en capital federal e internación en Lomas de Zamora. Tres de las mujeres de los siete casos analizados en profundidad procedían de la capital federal (Marité, Felisa, Clelia). d) “Migradas”. Una de las mujeres fue trasladada por la policía desde Comodoro Rivadavia hasta el HNA (Tita).

10.6.1.5 Notas y cartas

Incluimos la presencia de notas, pedido de informes de familiares o juzgados, sus respuestas y demora en las respuestas.

En esta subcategoría hallamos un pedido de informe sobre el “status legal” de una paciente (Marité), pedidos de informe de juzgados, pedidos de informe del Registro de incapaces y de “Salud Mental”.

Las respuestas al Registro de incapaces informan sobre el estado físico, mental y el diagnóstico (Tita) (Romina); las respuestas a juzgados aclaran diagnóstico y algún signo o síntoma (Tita); las respuestas a familiares (Tita) y un ex patrón (Elsa) suelen brindar el diagnóstico y se agregan cuestiones referidas a su no variación y a su tranquilidad-agresividad así como a su estado físico, su dormir y hábito de alimentación. La respuesta a “Salud Mental” (estimamos INSM) refiere el diagnóstico de la persona internada (Tita). Asimismo hallamos una carta de una comisaría que no logró identificar a una mujer internada (NN).

Las respuestas a cartas de familiares, pedidos de informes judiciales se responden a lo sumo con apenas dos o tres días de demora.

Muchas veces tuvimos noticias de los diagnósticos por las respuestas a informes que usualmente se transcribían a la HC.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

10.6.2 Proceso salud enfermedad atención.

Hace referencia a los registros relacionados con el recorrido de internación de la persona. Incluye cuestiones vinculadas a hitos de la internación (ingreso, traslados, paseos, altas, fugas, reingresos, signos síntomas, diagnósticos y tratamiento, valoración del comportamiento, fallecimiento y causa) mirada clínica, condiciones de vida y frecuencia y calidad de los registros. En esta categoría incluimos las siguientes subcategorías.

10.6.2.1 Hitos de la internación

10.6.2.1.1 Admisión y circunstancias de ingreso.

Incluimos cuestiones que caracterizan la admisión: quién la trajo/acompañó, cuántos años tenía, si le tomaron una fotografía al ingresar, quiénes refirieron los síntomas, qué pensaban las mujeres de su internación y quedó registrado en su HC.

En cuanto a las fotografías, en una HC aparece una foto de rostro de frente con la mujer mirando en diagonal, con pelo corto (no rapado) (Clelia). En otra una mujer con la cabeza sostenida por una mano, ojos cerrados (Felisa). En otra HC hay una foto borrosa de una mujer. En el espacio consignado para la foto de egreso no hay nada pegado en la mayoría de las HC (Clelia). Esto esperable en parte debido a que todas murieron en su internación.

En otra HC hay tres fotos. En una de ellas una mujer mira para el costado, en la siguiente está de frente (alta 11-10-1918). Esta sería una excepción en que hay foto de un alta, sin embargo figura una foto más abajo (despeinada, mirada hacia el costado) que retrata su reingreso. Entrada 4-1-1919 (Elsa).

En cuanto a las edades de ingreso: 42 años (Felisa), 54 años (Tita), 30 años (Elsa), 52 años (Gabriela), 26 años (Marité), 43 años (Clelia), 69 años (Romina).

Fueron “colocadas” por el esposo (Clelia), la madre (Felisa), “la salud pública de Comodoro Rivadavia” (Tita), “familiares”, “el practicante del Hospital Pedro Fiorito (Víctor Strofymeyte)” (NN).

En el ingreso se adjuntaron habitualmente dos certificados médicos aparentemente de cualquier especialidad (todas). En varios casos quien informa en la admisión es un familiar: la madre (Felisa), el esposo (Clelia), la hija (Gabriela).

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

En cuanto a las circunstancias que desencadenaron sus internaciones y posteriores reingresos se registraron causas variadas: ataques epilépticos combinados con ideas persecutorias contra una vecina (Marité), “crisis de excitación psicomotriz”, “destructora”, “agresiva” (Romina), “no se ocupa de los quehaceres domésticos” (Clelia) (Felisa), descuida su “aseo personal” (Felisa), ataca a familiares, “coprolalia”, “logorrea” (Romina), “disgustos amorosos” que ocasionaron excitación psicomotriz (Elsa), mujer con “conductas antisociales de tipo exhibicionismo” (Gabriela), mujer atropellada por un vehículo que no habla (NN).

En dos casos se registra que ingresa por los propios medios. Una de ellas ingresa con exceso de sedante en camilla más de una vez (Clelia).

Las mujeres refieren haber sido engañadas (refieren que les dijeron que iban a otro lugar) (Romina) o denuncian en relación a que quieren quitarles propiedades o bienes (Tita).

10.6.2.1.2 Traslados del hospital o pabellón

Incluimos registros de cambios de pabellón, traslados de un hospital a otro, ya sea que proviniera de un manicomio o de un hospital general.

Una primera cuestión a destacar es el registro de la justificación/ aval del traslado de un pabellón a otro: muchas veces sólo se registraba que avalaba la Dirección (Marité), o que debido a una enemistad y agresión entre paciente se trasladaba a una de ellas (Marité). En uno de los casos relevados, hallamos registro de pedido de un familiar para que pasaran a una mujer al pabellón de “pensionados”, el mismo no fue aceptado y no quedó registrado el porqué de la negativa (Romina).

En cuanto al traslado a “Lomas” en general lo disponía la Dirección, pero algunas veces se mencionaba alguna causa: la edad (Marité), o la “cronicidad” (Romina). En varios casos el traslado a “Lomas” aparece luego de tres o cuatro años de internación y luego de la resolución de un problema clínico grave (Clelia) (Felisa). En uno de los casos a posteriori de un registro de “ironía” una mujer con cuatro años de internación es trasladada a Lomas (Elsa). En cuanto al lugar de origen del traslado se registra el HNA Capital, el Servicio de Psicopatología e Higiene Mental del Hospital

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Piñero, Hospital el Fiorito, un Hospital de Mar del Plata, un Hospital de Pilar.

Los hospitales destino de los traslados registrados eran: a Lomas/ HNA Lomas de Zamora, Santa María.

Especial mención nos merece el caso de una mujer a la que trasladan desde el HNA a Lomas y a los cinco años al preguntar por ella su patrón se anotició de su traslado (Elsa) dejando en claro que el traslado no había sido comunicado y que por ende durante dicho tiempo nadie supo dónde estuvo.

Asimismo se registraban los pases a “clínica médica” o a “cirugía” en general ligados al registro de algún problema clínico de cierta gravedad.

10.6.2.1.3 Paseos salidas de menos de una semana

Registros de salidas por la tarde, por el día o fin de semana.

Hay sólo dos registros sobre paseos. Uno donde se autoriza a una persona a salir de paseo con su familiar (Gabriela) y otro donde se suspende el paseo (Tita).

10.6.2.1.4 Alta a prueba

Incluimos registros de salidas, ya sea “altas”, “alta a prueba”, “alta a pedido de familiares”, pedidos de la mujer de salir, registro de que “puede salir” o en “condiciones de alta” (aunque no salga). Esta categoría da cuenta de la posibilidad de que el hospital o la familia/conocidos consideren la posibilidad de que la mujer se pueda externar y volver a su entorno cotidiano.

Los registros que encontramos asociados al “puede salir” refieren a “buen comportamiento”, “tranquila”, “puede salir”. Incluso hallamos registro de que habría habido una lista donde se inscribían los pacientes que podían salir de alta (Marité).

Asimismo figuraban solicitudes de alta realizadas por familiares, en especial esposos (Elsa) (Marité) (Clelia), un juez (Marité) o simplemente un pedido tácito “se pide alta” (Marité).

Otras veces el registro de alta a prueba sólo se anunciaba sin justificativo (Clelia). Los mismos usualmente eran de fin de semana o de un mes. Sin embargo en algunos casos se excedía el mes y en otros se volvía a los pocos días. Asimismo hallamos egresos (no tan usuales) de hasta 2 años.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Especial mención nos merecen los registros de las propias mujeres internadas solicitando su propio egreso (Elsa) (Marité) (Tita) (Gabriela). Por ejemplo, una HC llevaba registro de que la paciente “pide insistentemente su egreso” (Tita).

10.6.2.1.5 “*Se Fuga*”

Es la expresión que se registra cada vez que la mujer no se encontraba en el pabellón. Las fugas suelen desencadenar registros en la HC así como de aviso a jueces o Consejo Nacional de Salud Mental. En general simplemente se registraba el momento en que se notaba la ausencia. En dos casos la mujer se fugó con alguna compañera e iban a lo de familiares (Marité). Todas las fugas e intentos de fuga se dieron luego del primer reingreso. Hallamos registros de fuga que parecieran ser más bien que la persona no estaba en el pabellón que esperan que esté aunque esté en el hospital.

10.6.2.1.6 “*Reingresa*”

Incluimos registros de las circunstancias de los reingresos. Si lo hizo acompañada y por qué se la reingresaba. En algunas HC simplemente se consignaba “reingresa”.

En cuanto a quiénes acompañaban fueron: la policía, un familiar; y en relación a las causas se menciona “agresividad”, “no se adaptó”, “trastornos de la conducta”, “coprolalia”, “dejó de ocuparse de sus quehaceres domésticos” (Marité) o directamente “nunca se ocupó de nada.” (Felisa). En otros casos el reingreso fue posterior a una fuga y se asoció frecuentemente a intervenciones de la policía (Marité).

Reingresa: traída por el esposo quien refiere que la enferma en ningún momento se adaptó al ambiente familiar, antes bien en todo momento y a lo largo de su egreso mostró trastornos acentuados de la conducta y el carácter. Agresividad, coprolalia, insomnio todo lo cual obliga a reinternarla (Marité).

9-2-52 reingresa no se observó en ella ningún cambio. Crisis de excitación repetidas. En varias oportunidades intervino la policía. No tuvo ataques hasta hace pocos días. Abandona el hogar el 17 de enero y fue localizada en San Nicolás viviendo con un anciano; se llevó con ella a su hijo. Ataque: miércoles y jueves Ingresa bajo el efecto de sedantes. (Marité)

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

10.6.2.1.7 Signos síntomas, diagnósticos y tratamientos en salud mental

Incluimos los siguientes ítems.

Diagnósticos

En las ocho HC analizadas encontramos 30 diagnósticos. Los diagnósticos se concentran en dos momentos: ingreso y ante respuestas a pedidos de informes judiciales, registro de incapaces, INSM o cartas de familiares. Hay superposición de diagnósticos sin fechar.

Entre los diagnósticos hallados podemos mencionar “Psicosis epiléptica. Débil mental (tachado y encima) “308- 1 psicosis epiléptica”, “esquizofrenia”, “Síndrome Catatónico”, “Paranoia”, “parafrenia”, “psicosis senil”, “manía aguda”, “evoluciona a una demencia precoz”, “estado demencial”, “demencia”, “tipo hebefrénico”, “confusión mental”, “maníaco depresiva”, “faz depresiva de su psicosis circular”, “Delirio alucinatorio crónico”.

Síntomas/signos

Hallamos variados registros, entre ellos: “Ataques epilépticos”, “ideas persecutorias”, “de perjuicio”, “agresividad”, “crisis de excitación psicomotriz”, “destructora”, “coprolalia”, “logorrea”, “hipoafectividad”, “no se ocupa de los quehaceres domésticos”, “insomnio”, “descuidada/ desaseada”, “erótica”, “abandono de hogar”, “alucinaciones”, “pueril”, “abúlica”, “decaída”, “deprimida”, “alimentación irregular”, “mirada fija”, “mutismo”, “negativismo”, vida vegetativa”, “gatismo”, “inconsciente de su estado mental”, “desorientada”, “no se ocupa en nada”.

Tratamientos

Esta subcategoría tiene la particularidad de que sólo incluye lo que se consignó como “tratamiento” o aquello que acompañó a un registro de síntoma e intervención sobre el mismo. Ordenamos temporalmente los tratamientos y en los casos en que se aclaraba el porqué del tratamiento lo consignamos. En términos generales hacia 1920 daban “baños”, hipnóticos para dormir, hacia 1946 hay registros de contención/restraint/en cama, sedantes. En los 50 se sumaron las terapias de choque (Electroshock y Cardiazol), los anticonvulsivantes (Luminal, Gardenal), hallamos

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

registro de tarea en quinta, lactoterapia. Para fines de los 50 se agregaron los antipsicóticos vía oral e inyectables. En los 60 se incluyó a servicio social a vincularse y visitar familiares. Para fines de los 60 hallamos registros de entrevistas y luego nuevamente de “interrogatorios”. Asimismo encontramos registros de tratamientos sin fechar debido a que aparecían registrados en una planilla del censo de salud mental del INSM. En un caso de estos, hallamos registros en dicho censo de tratamientos eléctricos, vacunas y proteínas, neuroplégicos, sedantes, antibióticos sin fechar (Elsa).

Al igual que con los Directores del hospital, tomamos todos los registros de tratamientos en las ocho HC y fuimos ordenándolos cronológicamente.

Hasta 1948 los registros hallados en estas ocho HC refieren a baños (Excitada, canta, baila) (Elsa en 1918), hipnóticos para poder dormir (Elsa, 1932 y 1935), Contención/en cama/ restraint/chaleco (Clelia en 1946), Somnifene (Clelia). A partir de 1950 se suman los registros de “electroshock” (Tita en 1950) (Clelia en 1953) (Elsa s/f) y “shock de cardiazol” (Felisa en 1951). Asimismo hallamos registros de Luminal (Felisa 1957) (Marité 1950), Saceril, pedido al servicio social de averiguación de bienes y registro de laborterapia en una salida diaria a la quinta del establecimiento para que se le asignen tareas (Tita en 1951) (Marité en 1951). Continuaron de todos modos los registros de sedantes (1952 ingreso en camilla por exceso de sedantes), “chaleco” (1952), sedantes y lactoterapia (Tita en 1952), Calmansial (1971).

Para mediados de los 50 se sumaron los antipsicóticos como el Ampliactil (1956, 1957, 1958, 1961, 1963), Stelazine-Artane-Nozinan (Gabriela en 1969), Valium (Gabriela en 1969), Halopidol (Gabriela en 1969, 1970), Amitripcilina (Gabriela en 1970).

A partir de los 60 hallamos registros de pedidos a servicio social de búsqueda de familiares (Marité 1964 y 1971). Continuamos encontrando registros de “restraint” (Marité 1958), “se la mantiene en cama” (1960), Luminal (1959, 1960, 1968), Gardenal (Marité en 1968) (1968), Meprem (1967), Tegretol (Marité 1970), propuesta de cingulotomía (Marité 1968).

Para 1969 se registraron “entrevistas” (Gabriela). En 1970 también hallamos el registro de “interrogatorio” (Gabriela).

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Los tratamientos se mantuvieron en el tiempo aunque fueron apareciendo innovaciones. Hasta fines de los 50 en estas ocho HC hallamos registro de “contención”, “restraint” o “chaleco”. A posteriori de 1960 no, aunque sí se instalaron los “inyectables” y los antipsicóticos. El uso de inyectables y de restraint a veces se asoció a conflicto con el personal o a intentos de suicidio (Marité).

Cabe mencionar que al momento de clasificar las HC transcriptas desconocíamos que la aplicación de vacunas antitíficas y antituberculinas se utilizaban dentro de los tratamientos de la piritoterapia. También hallamos registros de vacuna antivariólica. Los mismos figuran en seis de las ocho HC analizadas. Hallamos aplicaciones entre 1925 (Elsa) y 1967 (Marité).

10.6.2.1.8 Valoración del comportamiento.

Hallamos registros de comportamiento valorados negativamente y positivamente.

Los primeros refieren a registros valorados como de mala conducta, desafío a la autoridad, registro de agresividad y excitación. Conductas que podrían referir a una no “adaptabilidad al medio”. Registros vinculados a valoraciones morales negativas del comportamiento de la mujer. En especial cuestiones ligadas a la sexualidad. Encontramos 49 registros de comportamientos valorados negativamente: “peleadora”, “conducta anormal e inmoral”, protestadora, “desobediente”, “agresiva”, “no colabora para nada en las tareas del pabellón”, “no realiza ninguna tarea de utilidad”, “inadaptada al medio familiar y general”, “sucia”, “irónica”, “desafiante”, “caprichosa”, “autoritaria”, “destructora”, “escasa ropa”, “quejosa”, “pueril”, “abandona el hogar”, “muy erótica”.

Las conductas ligadas a agresividad se acompañaron o bien de medicación a administrar o bien de “chaleco”. Las ligadas a la no respuesta, indiferencia a shocks de Cardiazol.

23-8-60 Informe de laborterapia: comenzó hace unos 20 días con tareas en la quinta. Desde el principio protestó ante dichas tareas manifestando que se la quería explotar cosa que trataba de demostrar también a sus compañeras. Luego de cinco días de insistir se desiste viendo la conveniencia de orientarla en otro

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

tipo de tareas. No se han observado soliloquios ni otras anomalías. (Marité)

6-2-61 como siempre, enferma pegajosa. Insoportable con problemas múltiples. Irritable. Protestadora, desobediente y agresiva de palabras y de hecho. Tiene orden terminante de no abandonar el pabellón y es necesario ir en su busca varias veces al día en diferentes lugares del establecimiento. Hoy se insubordinó a la caba y xxxxx necesario de hacerle restraint e inyectable de Ampliactil. Darle Luminal comprimidos al día 3 de 010 xxxxx. Si necesita restraint llamar a la guardia. (Marité)

4-8-51 terminó 10 shocks con Cardiazol. No se ocupa en nada. Indiferencia, no afectiva (...) (Felisa).

12-10-1932 entra en consultorio en actitud contenida pero con cierto aire desafiante. Sentándose en la silla, de través. Presta atención provocada. Más bien es reticente. Hay memoria debilitada y afectividad ídem. (...) (Elsa).

4-8-52 (...) Informa el esposo: se peleaba con pacientes. Muy erótica. Abandona su hogar. Recientemente fue encontrada en San Nicolás en casa de un anciano con quien convivía. Acusadora. Solía ir a la comisaría y acusaba al esposo de malos tratos. Fabulación (Marité).

Los comportamientos valorados positivamente fueron los de “buena conducta”, “docilidad”, “adaptación”. Hallamos 20 registros que clasificamos como de “buen comportamiento. Casi la mitad que los de mal comportamiento.

Los mismos refieren a que “ayuda en el pabellón”, a que “trabaja” y cobra su peculio, “muy trabajadora”, a que el comportamiento social de la persona era adaptado o que estaba “limpia”. Este tipo de registros se asociaba algunas veces a que podría egresar.

10.6.2.1.9 Registros de la muerte

Incluimos fragmentos que refieren al fallecimiento de la persona, la causa registrada, las comunicaciones a familiares, las circunstancias de fallecimiento.

Encontramos comunicaciones a jueces, familiares, al Director del registro de Incapaces. Para los fallecimientos hallamos formularios prediseñados, certificados de defunción, telegramas de aviso, notificaciones a jueces.

A los jueces se los anoticiaba acerca de la fecha del deceso así como de la causa.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

A los familiares el aviso (pareciera un telegrama) se asociaba a la pregunta por si se hacen o no cargo del cuerpo de la fallecida. Por ejemplo decía una copia de telegrama: “Estados Unidos 4139 capital. “falleció xxxxx de xxxxx María Teresa conteste si se hace cargo”. Hospital Esteves Estadística. 22-6-1971 (Marité).

En un caso figuraba que retiraba el cadáver la Facultad de Medicina (Tita), en otros lo retiraban los familiares (Marité) (Romina).

En general la causa de muerte registrada refería a problemas cardíacos (insuficiencia cardíaca aguda, síncope cardíaco, miocarditis crónica). Sólo en dos de las ocho HC se registró como causa anterior la psicosis senil, la enterocolitis. No se registraron otros procesos que desencadenaron la muerte como neumonía o gangrena.

En cuanto a los horarios de fallecimiento los registrados fueron variados: 2horas, 20 horas, 2:05 horas, 14 horas, 7:30horas, 11:10horas. Asimismo lo fueron las edades: 47 años (Marité), 48 años (Felisa), 52 años (Gabriela), 56 años (Clelia), 75 años (Tita), 79 años (Elsa), 94 años (Romina).

10.6.2.2. Mirada médico clínica

Incluimos las siguientes subcategorías:

10.6.2.2.1 Problemas clínicos y procedimientos clínicos

Incorporamos aquí los registros de problemas clínicos y procedimientos clínicos asociados. Esta subcategoría es la que contiene más fragmentos asignados de las ocho HC. En cuanto a los problemas clínicos hallamos 120 registros en ocho HC. Las diarreas, erisipelas, ántrax, heridas contusas, flemones, neumopatías, fiebre, estado gripal, bronquitis, problemas en los ojos, forúnculos, prurito, fracturas, infección en rostro, necrosis de pie, obesidad, deshidratada, inapetente, hipertensión, tumoración en mano, lipotimia.

Acerca de los procedimientos hallamos diversas cuestiones: exámenes clínicos al ingresar, fomentaciones, cirugía, radiografías, dentista, pincelaciones de alcohol, control de temperatura/presión, dietas, análisis de sangre y orina, antibióticos, vitaminas, sellos antigripales, aspirinas, reposo, bebida expectorante, suturas, extracto hepático, “observar deposiciones diarreicas”, suero glucosado/fisiológico, examen parasitológico,

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

sonda alimentaria, hielo, drenajes, cura plana, cura local, “vendada”, vitaminas, jugos, té azucarado, sopas desengrasadas, examen material fecal, gotas nasales, yeso, ejercicios post yeso, dieta láctea, diuréticos, examen ginecológico

4-12-50 examen clínico por el Dr. Giménez Zapiola n° 8976. Enferma en regular estado de nutrición. Piel: con ligera hipertrichosis. Acné facial. Panículo adiposo de regular abundancia. Articulaciones y esqueleto: paladar ojival. Ojos: pupilas iguales y sin alteración de los reflejos. Nariz y oídos: nada de particular. Boca: lengua húmeda. Cuello: nada de particular. Corazón: ritmo regular. Acentuación del segundo tono en el foco aórtico; eretismo. Pulso F74 Tmx 14 Mn 9. Aparato respiratorio: sin anormalidades. Abdomen: punta de hernia umbilical. Ptosis renal derecha de primer grado. Sistema nervioso: reflejos tendinosos simétricos y sin alteraciones. Diagnóstico: hernia umbilical. Ptosis renal derecha. ORINA, UREA, GLUCEMIA, WASSERMANN, KAHN (Marité)

7-1-66 en el día de ayer sufre caída. Manifiesta dolor en hombro y hemitórax izquierdo. Limitación de la elevación activa y pasiva. Resto de la sensibilidad conservada. Hematoma en tobillo izquierdo. Se indica aspirina 1 comp c/6 hs Rx de hombro. (Romina)

13-4-53 lesión erisipelosa en miembro inferior derecho. En talón del mismo pie absceso fluxxxx. Fomentaciones con agua d' Alibour en lesión pierna. Fomentaciones... en talón (Felisa).

10.6.2.2.2 Peso, adelgazada u obesa

Incorporamos aquí los registros de peso ya sea adelgazamiento u obesidad. Clasificamos dentro de esta subcategoría 18 fragmentos de HC. En dos HC hay registros de obesidad. Dicho registro en ambos casos se produjo en 1958, los registros de “es necesario alimentar” en general era anteriores

10.6.2.3 Condiciones de vida y vida cotidiana

Incluimos los siguientes ítems:

10.6.2.3.1 Aparentes descuidos

Refiere a situaciones donde no se brindó asistencia oportunamente (no incluye

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

los casos de repetición de problemas que no se resuelven), o pareciera que existiera poca atención a las personas internadas.

Hay un caso de una mujer que realizó dentro del Hospital dos intentos de suicidio a través de tirarse por el “vacío de la escalera” y fue sujeta por otras mujeres internadas. Su HC recomendaba luego de tal registro: “restraint” (Marité).

En otra oportunidad una mujer se tiñó el pelo con una tintura y se produjo una dermatitis (Elsa) sin aclaración de cómo obtuvo la tintura ni cómo se la aplicó.

Otro caso llamativo es el de una mujer “encontrada” en el patio obnubilada con una infección facial (Gabriela).

Por último un caso de una mujer que se lastima un dedo una noche y como recién lo notaron al otro día no había sido necesario hacerle sutura sino sólo antisepsia (Romina).

10.6.2.3.2 Condiciones de vida

Incluimos los registros que daban cuenta de la vida cotidiana en el hospital en lo referido a abrigo, insumos, higiene.

Hacia 1958 una mujer no pudo recibir un medicamento por una infección debido a que estaba faltante (Clelia). Hallamos varios registros que caracterizan a las mujeres como sucias (Clelia), desaseadas. También hallamos un caso de una mujer que se quejaba: “6-9-49 insomne. Quejosa. “no pude dormir, tenía frío, un colchón de basura xxxxx” (Tita).

10.6.2.3.3 Relaciones con trabajadores del hospital.

Incluimos la mención a trabajadores del hospital, vínculo con pacientes, decires de las internadas acerca de ellos: clero, enfermeras, médicos.

Se registraron referencias de pacientes acerca de malos tratos del clero o de las enfermeras, la solicitud a asistentes sociales para ubicar familiares. Notamos que había enfermeras encargadas de pabellón.

6-2-61 (...). Tiene orden terminante de no abandonar el pabellón y es necesario ir en su busca varias veces al día en diferentes

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

lugares del establecimiento. Hoy se insubordinó a la caba y xxxxx necesario de hacerle restraint e inyectable de Ampliactil. Darle Luminal comprimidos al día 3 de 010 xxxxx. Si necesita restraint llamar a la guardia. (Marité)

27-11-1922 (...) le preguntamos porqué llora y nos dice que porque le han pegado las enfermeras. Le preguntamos cómo la tratan las enfermeras y dice que “bien!”. Enferma simpática. (Elsa).

21-8-1924 (...) Dice que duerme muy poco porque sufre mucho a causa de los malos tratos recibidos del clero. (...) (Elsa).

10.6.2.3.4 Violencia o relato de violencia en el hospital

Registros de violencia, golpes, maltratos en hospital entre internadas o entre internadas y personal.

Encontramos 18 registros de violencia o golpes. Sólo 3 se refieren a trabajadores del hospital (dos relatan maltrato y uno es una agresión a una “sub caba”). En un caso determina el cambio de pabellón por agresión de otras enfermas para una paciente.

Agresión de parte otra persona internada con un plato provocando herida contusa en cuero cabelludo (1953, 1954, 1960, 1961), herida con un secador (1965), agresión de otra paciente en el rostro y mordedura en mano (1965), herida que requiere sutura (1966), moretones, contusión en codo, hematoma, herida bajo el párpado (1950) Agresión a la “sub caba” asociada a indicación de antipsicótico y sedante. Relato de agresión de las enfermeras (1922), mal trato del clero (1924) (Elsa). Relatos de agresiones “paso unas noches desesperadas, se me va la memoria, me dieron muchos golpes en la cabeza” (Elsa)

10.6.2.2.4 Detalle de los registros.

Hace referencia a registros breves donde sólo se hace mención general casi literal al estado del físico, al comer y al dormir. Es un tipo de registro breve que insiste. Es descriptivo y referido a las conductas observables a cuestiones básicas como comer, dormir, y estado físico. También incluimos aquí los casos de descripción breves donde se incluía “levantada tranquila”. Este tipo de registro muchas veces representa la única evolución de la HC en muchos meses.

Son 93 los registros que encontramos en las ocho HC referidos a “levantada,

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

sucia, se alimenta y duerme bien” o bien “sin variación del estado mental. Hay una gran cantidad de estos registros que corresponden a respuestas a directores, jueces, familiares.

“30-6-1927 No hay modificaciones en su estado mental. Sueño y alimentación normales. Estado físico satisfactorio.” (Sin firma) (Elsa)

“14-2-1948 levantada tranquila. Aseada. No ayuda en los quehaceres de la sala. Disminución global de sus facultades mentales. Se alimenta y duerme bien. Estado físico bueno.” (Elsa)

“Agosto 1953 levantada tranquila, no trabaja, poco aseo. Cuadro mental sin variación. Se alimenta y duerme bien. Buen estado físico” (Romina)

“1-6-51 ingresa en las condiciones anotadas arriba.” (Marité)

10.6.3 Actores y políticas públicas

Mención o registros de instituciones que intervinieron durante el recorrido de internación y muerte. Se los considera en tanto suelen desencadenar procesos de escritura en la HC ya sea por pedido de informes formales, por consultas por correo, por procedimientos técnicos realizados.

Hubo 85 marcas coincidentes con “actores”. Allí se incluyeron:

- dependencias del Poder Ejecutivo: Ministerio de Trabajo y Previsión, la Dirección Nacional de Asistencia Social, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, el HNA y otros hospitales, el INSM, Consejo Nacional de Salud Mental, Registro Nacional de Incapaces, Sociedad de Beneficencia de la Capital.
- Juzgados Civiles. Juez, médicos forenses, delegado de tribunales, Dirección de Asuntos Jurídicos.
- Cónsul italiano
- Familiares, amigos, otros: esposo, amiga que dio albergue, hijo, sobrino, patrón.
- Médicos que firman certificados de internación. Médicos forenses
- Policía: agentes que llevan a internar a las mujeres. Certificados o informe policial.
- Curador
- Facultad de Medicina
- Asistente/ visitadora social, Srta. Jefe de servicio social

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Tales figuras realizaron distintas cuestiones: pedidos de informes, pedidos de internación, juicio de insania, certificados de alienación mental, declararon “estado de interdicción civil”, solicitud de reingresos, derivaciones, realización de trámites y búsqueda de familiares, censo de salud mental, notificación de fallecimiento, notificación de fuga y de re-establecimiento, retiro del “cadáver”, solicitud de diagnóstico. Por ejemplo:

La paciente Gabriela (apellido) presenta síntomas de alienación mental que hacen aconsejable su internación. La Sra. de Cxxxxxha permanecido internada en nuestro servicio que dada su escasa capacidad de camas funciona para casos agudos o de internación breve motivo por el cual se solicita su internación en esa institución. Dr. Blas Michienzi (Sello y firma) Sello del “servicio de psicopatología e higiene mental Hospital Piñero. Firma de Dra. Pinheiro mat. 26.611 (Gabriela)

<p>Lomas de Zamora, Secc 3era Temperley. Julio 28 de 1961 Sr director del Instituto Neuropsiquiátrico Lomas de Zamora Objeto: elevar antecedentes De acuerdo a lo requerido por el Sr Director, en oficios del 27 de junio del mes próximo pasado y del día 11 de julio del mes actual remito a Ud. telegramas referentes con los antecedentes requeridos de las enfermas mentales (nombre y apellido de otra internada) y de NN (mujer) esta última la que no pudo ser identificada según consta en despacho telegráfico de Información General de Jefatura de Policía. Saluda a Ud. muy atte. Pablo Miche Comisario (firma y sello)</p>
--

(NN)

De las ocho HC, cuatro tenían intervención policial o judicial registrada. Tres estaban interdictas (Marité) (Tita) (Rosa). En una HC (NN) dentro de los escasos ocho registros destacan los intercambios con la policía para identificar su identidad.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

10.7 Historias críticas. Reconstrucción de recorridos de internación.

“El suelo se ha caído de mis manos”
J. Fijman (2005)

En este apartado reconstruiremos los casos de las ocho HC seleccionadas. La reconstrucción de casos está basada en los registros de historias clínicas organizados a partir de los tres ejes mencionados en el apartado anterior (“origen social y vínculos”, PSEA y “actores y políticas públicas”). Entendemos que el material con el que contamos es sólo un relato posible y desde la voz de los médicos intervinientes. Lo que nos propusimos fue reconstruirlo sin poner en duda lo registrado, sino simplemente tomándolo enmarcado en lo registrado por un trabajador de salud en una HC.

Utilizaremos nombres de fantasía para preservar la identidad de las personas internadas. En los fragmentos en que nos resultó ilegible la letra de los profesionales consignamos “xxxxx”.

10.7.1 Felisa. Soltera, bordadora. Pus, agua de Alibour y Cardiazol.

Elegimos la HC de Felisa debido a que falleció en el inicio del período de estudio y era soltera. Su internación registró casi exclusivamente descripciones de problemas clínicos. Si bien todas las HC tienen una abundante cantidad de registros de problemas y procedimientos clínicos esta historia condensa muchos de ellos. Todas las citas de este apartado referirán a su HC²⁷.

Felisa era argentina, había nacido en 1909. Había cursado hasta 6° grado y trabajaba como bordadora. Era soltera. A los 42 años fue internada por su madre en un neuropsiquiátrico -estimamos que en el HNA. Era mayo de 1951. Había llegado llevada del brazo por su madre, resistiéndose, tapándose la boca con la mano derecha.

Ella no respondió al “interrogatorio” que le hicieron. Su madre llevaba dos certificados médicos que sugerían su internación. Ese mismo día estuvo “en mutismo absoluto. Negativismo acentuado”, “no obedecía ninguna orden” aunque los médicos

²⁷ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Felisa” Legajo N° 44, HC N°43.407.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

lograron “ver una sonrisa estimulada pertinentemente”. Su diagnóstico fue síndrome catatónico. Tiempo después la diagnosticarían como esquizofrénica.

Al ingresar le tomaron una fotografía. Allí aparecía con los ojos cerrados. Una mano desde atrás le sostenía la cabeza. Si bien ya había estado internada en dicho establecimiento cinco años antes, no habían encontrado su HC. Según su madre, desde su egreso había permanecido “en la casa sin ocuparse de ninguna tarea, descuidando su arreglo personal”, había tenido “crisis de excitación psicomotriz” y la había atacado. Se había alimentado irregularmente y había tenido “alucinaciones visuales”, “soliloquios”, “coprolalia”.

Dos días después de su ingreso le hicieron el examen clínico. En los primeros diez días de internación le hicieron el test de Mantoux que le dio positivo y una punción lumbar que enviaron al laboratorio. Le realizaron análisis de orina y sangre y la reacción de Wassermann que le dio positiva y la reacción de Kahn Standard que le dio negativa. Un mes después ambas le dieron negativas.

El mismo mes que ingresó comenzaron un tratamiento con shocks de Cardiazol. Corría 1951. Su primer shock coincidió con su “mutismo absoluto”, “negativismos”, “actitudes catatónicas”. Para agosto le habían aplicado al menos diez shocks y “no se ocupaba en nada”, era “indiferente y no afectiva” pero recordaba haber estado internada allí en otra oportunidad. Para ese momento pesaba casi 54 kg pero se alimentaba bien.

A los dos meses la trasladaron al Pabellón B Oeste. Allí durante un mes no hubo registros en su HC pero para fines de agosto de 1951 se registró que era necesario alimentarla. Pesaba 55 kg.

En enero de 1952 Felisa recibió la vacuna antitífica. En marzo desarrolló un proceso febril relacionado con una “tumoración retroparotídea izquierda que primero fue fija y luego fluctuante”. Le aplicaron hielo y penicilina y a posteriori pasó a cirugía donde le drenaron pus amarillento que “impresionaba como una mastoiditis con flemón en el cuero cabelludo”. Cuando le dieron el alta de ese tratamiento y terminaron las curaciones la trasladaron al “Hospital Neuropsiquiátrico de Lomas”. Era julio de 1952.

Los registros a partir de este traslado serán referidos a cuestiones clínicas y ocasionalmente descriptivas del estado de salud mental. A Felisa le aplicaron vacunas antivariólicas en 1952 y 1953 y la vacuna antitífica entre 1952 y 1955.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Cuando ingresó a Lomas estaba con “indiferencia absoluta. Negativismo. Actitudes fijas. Vida vegetativa. Gatismo vésico rectal. Buen estado general”. Tuvo una herida contusa en una pierna con una “erisipela concomitante”, tuvo fiebre y le hicieron cura local. A fines de agosto la placa de erisipela que se extendía en el “tercio medio de la cara anteroexterna de su pierna derecha”. Tenía un edema inflamatorio que se extendía “a punta distal del pie y una herida lineal en 1/3 medio de la cara anteroexterna de la misma pierna”. Le recetaron penicilina, fomentaciones con agua de Alibour, y la pusieron en observación con indicación de tomarle la temperatura. Entre 1952 y 1955 excepto por una breve descripción de estado (“levantada y tranquila” aunque con “negativismo y actitudes fijas, vida vegetativa, gatismo, estado mental sin variaciones, buen estado general”) y la aplicación de vacunas volvieron a aparecer exclusivamente registros de la “lesión erisipelosa” y absceso en su pierna y pie. Le hicieron fomentaciones y le administraron penicilina. Continuó así hasta que la vendaron y la pusieron en cama.

En 1954 aparte de problemas en su pierna se sumó una “bolsa de tipo seroso retroauricular izquierda sin signos de supuración” que tuvieron que drenar. A fin de 1954 Felisa estaba “levantada, sucia, en gatismo vésico rectal. Se alimenta y duerme bien. Buen físico. No varía su cuadro psiquiátrico. Es visitada”. Para marzo de 1955 el registro de su HC no varió.

En el invierno de 1956 Felisa tenía un “ántrax” en el glúteo izquierdo y en la mano tenía un forúnculo que drenaba espontáneamente. La curaron con Agua de Alibour y Penicilina. Para fines de agosto de 1956 Felisa volvía a tener un “absceso retroauricular izquierdo” que drenaba espontáneamente. Le indicaron “cura plana”. Cinco días después continuaba drenando y le agregaron penicilina. En septiembre seguía drenando pus “amarillo cremoso”. Le agregaron estreptomicina y a los tres días suspendieron el tratamiento.

Nueve meses después, en mayo de 1957 Felisa estaba rígida, absolutamente indiferente, permanecía en idénticas posiciones durante horas. “Plástica, conserva las actitudes por más antifisiológicas que sean durante horas. Soliloquios en forma de musitaciones ininteligibles. Efectúa cantidad de gestos y de caras, siempre de manera

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

lenta y plástica como si fuese de cera. Se tapa el rostro predominantemente sin podersele interpretar su sentido. Negativista”.

Para fines de agosto tuvo fiebre de 38° y le dieron tratamiento farmacológico. Continuó con fiebre, tos húmeda. Tuvo un problema pulmonar y le administraron penicilina y una dieta baja en grasas que incluía sopas. Le fueron agregando sellos antigripales, jugo de naranja, té azucarado, le aplicaron Neumobron. Tenía un “absceso de pulmón”. La hepatización de la base de su pulmón izquierdo continuaba y Felisa iba empeorando hasta que ambos pulmones fueron “hepatizados” y, si bien le dieron sueros, la hidrataron, le dieron antibióticos, le colocaron oxígeno, no mejoró. Si se excitaba o se movía mucho le aplicarían una ampolla de Luminal. Felisa falleció a las 20hs del 3 de septiembre de 1957. Tenía 48 años. Si bien se registró que la causa de muerte fue un síncope cardíaco, tenía de base un proceso de hepatización de ambos pulmones avanzado.

10.7.2 Clelia. Fallece en 1959. Restraint, diarreas, alta a pedido de familiares.

La HC de Clelia fue seleccionada debido a que era cualitativamente rica y pertenecía a una mujer fallecida en 1959, año de pico de fallecimientos en el Esteves. En esta HC se registraron principalmente problemas clínicos como fiebre, conjuntivitis, diarreas, escaras. Asimismo es notable el uso de chaleco, restraint y métodos de “contención”. Todas las citas de este apartado referirán a su HC²⁸.

Clelia había nacido en 1903 en la Argentina, era “blanca”, había hecho hasta 3° grado de la escuela. Se había casado a los 21 años y había tenido dos hijos. Uno había fallecido a los seis meses de escarlatina y el otro a los seis años. Su ocupación eran los quehaceres domésticos.

Fue internada en enero de 1946 a los 43 años. En su internación quien dio la información a los médicos fue su “Sr. Esposo”. Él fue quien la “colocó”. Hacía cinco días que estaba “logorreica con intensa excitación psicomotriz”, “agresiva de palabra”, había “abandonado los quehaceres domésticos”, estaba “destructora”, “insomne”.

²⁸ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, “Serie Historias Clínicas”, “Clelia”, Legajo N°31, HC N°37.765.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

La habían llevado al Hospital Rawson donde le habían aplicado tres ampollas de “somniafene endovenoso”. Ingresó al HNA en camilla en estado confusional “por exceso de sedante” y pasó directamente a la sala de admisión. Luego del “baño” “se calmó”. Sabía que era hipertensa y estaba en tratamiento. La diagnosticaron como maníaco-depresiva y le tomaron una fotografía donde se la ve principalmente de costado y con el pelo corto (no rasurado). Ese mismo día estuvo “contenida en cama”.

Estaba orientada en tiempo. Decía querer estar en el Hospital Rivadavia donde tuvo “la nena”. Recordaba a un hijo fallecido (el registro da a entender que con tristeza). Cuando la analizaron tenía la urea en sangre alta.

Tres días después de su internación estaba logorreica, con “intensa agitación” y seguía “contenida” y tenía enrojecimiento en las partes donde el chaleco le rozaba la piel.

A los días tuvo un problema clínico y le hicieron un drenaje de urea de urgencia, le prescribieron restraint, sueros, observación y hielo. Volvió a tener lesiones por fricción del restraint en el cuello y tuvo la boca seca. Le hicieron estudios clínicos y se prescribió suspender el chaleco, higiene de la boca y sueros.

A menos de un mes de su ingreso desarrolló un proceso febril casi 40° por lo que le hicieron estudios y le administraron penicilina. En esos días le encontraron una gran escara sacra con zonas necrosadas y le hicieron curaciones con bálsamo.

Luego desarrolló una placa erisipelosa en la cara además de la de alrededor de la escara. Le administraron Sulfatiazol. Se sumó a esto un problema no definido en un ojo. En abril de 1946 Clelia salió a prueba por un mes.

Tuvo su primer reingreso en febrero de 1948, más de un año y medio después. Nuevamente la llevó su esposo quien informó que durante la permanencia de Clelia en su hogar se “adaptó bien. Realizaba los quehaceres domésticos, buen comportamiento, tranquila, trabajadora. Dormía y se alimentaba bien”. Sin embargo, el día anterior a su reingreso había sufrido una crisis de excitación con alucinaciones visuales y auditivas, se había negado a comer y había tenido insomnio.

Clelia reingresó ligeramente excitada, logorreica y parcialmente orientada en tiempo y espacio. Ese mismo día la “contuvieron” por su “gran excitación psicomotriz”. No se “prestó al interrogatorio”. También le pusieron suero glucosado y fisiológico. Le

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

midieron la glucemia y solicitaron un dosaje de urea en sangre. Si era “necesario” podían suministrarle Somnifene. Ocho días después seguía con medios de contención. Clelia estaba “temerosa”.

En junio, aproximadamente a tres meses de su reingreso le dieron el alta a prueba por un mes. Su segundo reingreso fue en abril de 1951, casi tres años después. Otra vez quien habló en la admisión fue el esposo. Clelia había tenido “buena conducta” hasta hacía tres días cuando de forma repentina había comenzado con una crisis de excitación y los “mismos síntomas ya expuestos en la historia”. Desconocía a sus familiares, se irritaba fácilmente, tenía alucinaciones visuales y auditivas.

Reingresó bajo los efectos de un sedante, por ende no fue posible realizarle “el interrogatorio”. En este segundo reingreso hay registros más extensos aunque ilegibles para nosotros. Estaba “excitada”, con una discreta deshidratación, no se alimentaba. Le suministraron suero. Con los días comenzó a alimentarse pero estaba “sucía”, tenía “excitación maníaca”. Tuvo fiebre, le solicitaron un dosaje de urea y le dieron purgantes. Clelia tenía “tendencia a escararse”.

Para agosto de 1951 estaba en condiciones de intentarse un alta en prueba por un mes. En noviembre a instancias de sus familiares le dieron una alta en prueba. Para el 19 de mayo de 1952 registraron un alta definitiva sin mediar más registro.

Clelia reingresó por tercera vez en febrero de 1953, más de un año después de su salida. Otra vez fue el esposo quien informó que:

Desde que salió tuvo buen comportamiento. Afectiva. Realizaba los quehaceres de la casa. Buena adaptación familiar. Desde ayer nerviosa, resuelve traerla acá. Ingresa por sus propios medios, buen estado de nutrición, bajo los efectos de sedantes. Lloro con lágrimas sin explicar causa pero dice “hospital”. Pasa a sala de admisión (Clelia).

Le diagnosticaron una discreta depresión. Tenía hipertensión, acné rosácea e hiperreflexia tendinosa. Para febrero estaba “excitada, gemidora, tentativas desordenadas de fuga”. Dicho registro se acompañó de “Electroshocks”. Para mediados de marzo el EES le había producido una “leve mejoría” pero tenía una forunculosis generalizada. Le dieron penicilina.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Luego tuvo un ademoflemón del lado derecho del cuello. Le dieron penicilina. Luego le notaron una lesión ocular del mismo lado. Tenía una “intensa inyección conjuntival con desprendimiento de iris y abundante secreción purulenta”. La visión de ese ojo la tenía muy comprometida. Le hicieron lavajes y continuaron con penicilina y estreptomocina. El ademoflemón mejoró pero la lesión ocular empeoró. La llevaron al Santa Lucía acompañada por una enfermera considerando “que se trata de una enferma tranquila debería contemplarse su internación en ese establecimiento”. Clelia fue operada de su ojo derecho y al retirarla del Santa Lucía se solicitaron instrucciones para su cuidado.

Eso años Clelia recibió las vacunas antitíficas, le aplicaron gotas en los ojos y fomentos secos, tuvo una erisipela en la cara. Recibió la vacuna antitífica en 1952, 1954 y 1955 y la antivariólica en 1952 y 1953.

Para julio de 1954 atravesaba una “discreta depresión” y estaba “En condiciones de pasar a otro servicio” y la trasladaron. Varias veces la “reingresan a Lomas”. Sin embargo no queda clara en su HC cuál fue el lugar de su primera internación.

En el invierno de 1954 estuvo “disneica con fiebre”, luego tuvo “roncus en ambos pulmones” y le administraron Coramina. La trasladaron al HNA Capital y allí continuó con catarro conjuntival. Para fin de 1954 Clelia estaba tranquila, cuidaba poco de su aseo, no trabajaba y era visitada. Su cuadro mental no tenía variaciones.

El año siguiente (1955) tuvo fiebre, deposiciones diarreicas (le indicaron dieta), conjuntivitis en ojo derecho, nuevamente diarreas, síndrome disentérico con moco pus y sangre (le dieron medicación y dieta), escaras. El año 1956 no fue muy distinto tuvo vómitos, diarreas, cólicos, tuvo tos y la trasladaron dos veces para realizarle estudios cardiológicos. Las diarreas, vacunas y gotas en los ojos continuaron en 1957.

Para mayo de 1958 Clelia tenía un “enfriamiento que se extendía hasta la extremidad inferior de (la) pierna con color morado”. Le pidieron estudios y la llevaron con el médico clínico para cuidado de sus miembros inferiores. Le realizaron baños de agua tibia. Aparentemente le prescribieron un medicamento que estaba faltante.

Clelia en julio de 1958 “estaba con excitación psíquica, gritaba”. Le indicaron una ampolla de Ampliactil cada 6 h. En enero de 1959 comenzó con mal estado general,

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

diarrea, deposiciones semilíquidas amarillentas y le volvieron a encontrar la escara sacra. Le indicaron antibióticos, vitaminas, extracto hepático, cura plana.

El 2 de marzo llamaron a la guardia para el reconocimiento de la muerte de Clelia, ocurrido a las 8hs según personal del pabellón. Tenía 56 años.

10.7.3 NN. Registros de averiguación de identidad y muerte

NN era una mujer que ingresó al Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Mujeres de Mujeres “Lomas de Zamora” en 1961. Esta HC no estuvo en la muestra analizada por el equipo de investigación. De las HC de la muestra que cumplía con la característica de fallecidas con menos de dos años de internación a principio de los años '60 ninguna había sido señalada como “cualitativamente rica”. Quizás porque justamente al ser historias de rápido desenlace no tuvieran registros con detalles. Ahora bien, revisamos los legajos de las personas fallecidas en 1961 para poder elegir una HC que diera cuenta de dicho momento. Luego de revisarlas todas elegimos esta por la particularidad que tiene una NN en un manicomio, por las problemáticas que puede condensar la elegimos en tanto daba cuenta de articulación de intervención entre hospitales, policía. Su HC se resume en: ingreso a “Lomas” y notas al respecto, un registro de su estado general a los tres meses, un registro de su diagnóstico presuntivo a pedido de la Dirección, y cinco registros concentrados en tres días que son los del desencadenamiento de su proceso de muerte. Todas las citas de este apartado referirán a su HC²⁹.

NN ingresó en julio de 1961 procedente del Hospital Pedro Fiorito con un practicante de dicho hospital quien tuvo que firmar un formulario pre-impreso que decía que solicitaba la internación de la mujer para que fuera sometida al tratamiento que le correspondiera.

Dos certificados médicos aclaraban que la “paciente cuya impresión digital se registra al pie padece alienación mental. Se recomienda su internación en un establecimiento adecuado”. Los certificados estaban firmados (con aclaración) y con

²⁹ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “NN”, Legajo N° 85 , HC N°10.889.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

número de matrícula. Uno de ellos estaba firmado por el jefe de guardia del Hospital Fiorito. Más abajo aparecía una huella de un dedo.

El Director del Hospital Fiorito, Dr. Armando González Marcos había escrito una nota el 4 de julio de 1961 donde le solicitaba directamente al Director del Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Mujeres de Lomas de Zamora, Dr. Lorenzo Magliolo la internación “de la paciente mencionada, ya que su permanencia en nuestro servicio de guardia ocasiona serios riesgos e inconvenientes”.

Había llegado al Fiorito porque había sido atropellada por un vehículo. No se sabía si su estado se debía al golpe o si ya se encontraba previamente. Sus antecedentes y datos personales estaban en blanco. Como no fue posible “entablar diálogo con la enferma” tampoco hubo mayores registros.

A pedido del Director del Hospital, Dr. Lorenzo Magliolo, la seccional 3era de Temperley intentó identificarla vía un juego de fichas dactiloscópicas. El comisario respondió que dicho pedido no había podido lograrse pero habría quedado su “prontuario” en el gabinete correspondiente. Fue siempre una “NN femenino”.

Al ingresar le hicieron una revisión clínica. Tenía regular estado de nutrición, pulso regular, auscultación cardíaca sin particularidades, aparato respiratorio sin particularidades, abdomen blando y “resto sin particularidades”.

Los primeros meses de su internación la mujer había estado en cama o sentada afuera. No hablaba, aunque sí escuchaba y por momentos comprendía lo que se le decía. Presentaba un:

(...) negativismo pasivo, es necesario llevarla de la mano para trasladarla. Atención espontánea conservada. Reacciona ante cualquier estímulo; al llamarla mira por momentos y en otros se queda ausente con la mirada fija moviendo la boca como si musitara algo. Permanentemente en gatismo. Comía sola. Tuvo unos días que deambulaba por el Hospital. Mejoró su aspecto físico y estado general desde su ingreso (NN)

Para noviembre de 1961 la diagnosticaron a pedido de la Dirección del Hospital: “Confusión Mental”.

A fines de noviembre tuvo un cuadro febril, estaba obnubilada. Su abdomen estaba flácido e indoloro, había desarrollado una neumopatía. Le indicaron medicación

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

y observación: “Temperatura controlar de aquí a dos horas. (La guardia regresa a la noche)”.

A las 10:30 registraron que seguía igual. Le indicaron estreptomina y penicilina, control de temperatura y culmina el registro un “Debe ser vista por la guardia. En observación”. El 27 de noviembre no había mejorado. Le prescribieron solución glucosada, medicamentos, ampollas de redoxon, y le pidieron los análisis de Wassermann y Khan quedando en observación. La mujer tenía un “muy mal estado general”. Al día siguiente 28 de noviembre de 1961 a las 11:10hs falleció.

Los Directores de los hospitales Fiorito y Esteves y el comisario son figuras que intervinieron en su internación.

10.7.4 Elsa Inmigrante española, “sirvienta”

Elegimos esta HC debido a que se trataba de una mujer de nacionalidad española (nacionalidad de mayor presencia después de las argentinas), cuya internación se cronificó y falleció luego de 49 años de internación en 1967, uno de los años en que creció la cantidad de fallecimientos en el Hospital Esteves. En su HC se incluyeron numerosas cartas de su patrón consultando por su estado de salud. Todas las citas de este apartado referirán a su HC³⁰.

Elsa había nacido en 1888 y había llegado a la Argentina aproximadamente en 1913 con 25 años. Trabajaba de “sirvienta” en una casa de Buenos Aires. En 1918, con treinta años de edad y cinco de residencia fue internada en el Hospital Nacional de Alienadas (actual Braulio Moyano). Era 21 de enero de 1918. Según los médicos padecía “manía aguda”. Años después la diagnosticarían como: “psicosis senil” (sin fecha). Era soltera, sabía leer y escribir. Era blanca, católica, medía 1,61 m y pesaba 59kg. No tenía hermanos. Con el devenir de su historia clínica nos enteramos que su familia había quedado en España.

En su estado de salud era triste, abúlica, trabajadora y cariñosa, “no abusaba de las bebidas alcohólicas”. Hacía dos días había tenido los primeros síntomas de su enfermedad: “ideas de persecución, excitación psicomotriz, soliloquios”. Nunca antes

³⁰ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Elsa”, Legajo N° 152, HC N°12.869.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

había estado internada, “busca la sociedad (no el aislamiento)”, comía bien, no era destructora, ni violenta, ni agresiva ni tenía tendencias al suicidio ni al homicidio. No era “incendiaria” ni cometía “actos inmorales”.

La causa de su enfermedad habrían sido “disgustos amorosos”. Al momento de ingresar un médico la describió como “tranquila”, “logorreica”, “en un estado de confusión mental (...) Su conversación incoherente demuestra tener ideas delirantes místicas y persecutorias estas últimas sin poder objetivarlas. Se cree ‘reina del cielo por ser hija de Dios y de la Virgen’...En casi todo el interrogatorio intercala siempre que ‘anda en busca de la verdad’”.

Ese mismo profesional agregó que tenía la “memoria muy disminuida, emotividad alterada” estaba desorientada en tiempo y espacio, no tenía noción de su estado mental ni “juicio crítico”. No fue posible realizarle el examen físico porque se resistió. Esa fue una de las pocas veces que aparece una firma a posteriori de una evolución de la historia.

En la sala de admisión estuvo “Intranquila, en continuo movimiento, risas, no mantiene su atención, no exterioriza ideas delirantes típicas de ninguna clase”. Dos días después estuvo excitada, bailaba, cantaba y entonces le prescribieron “Baños”.

Los registros a partir de ese momento se espacian. Cada dos o cada tres meses refieren que “no varía. Intranquila”, o que está “tranquila. Desorientada en tiempo y lugar. Parece que se fastidia al contestar las preguntas” o que “ha mejorado el estado mental de esta enferma. Su estado físico es bueno. Desorientada. En estado sub-consciente. Duerme bien y se alimenta” o que estuvo “Indiferente. Actitud de preocupación (...) Contesta a todas las preguntas ‘ya lo sabe Ud’ xxxxx desorientada. Se levanta y se va sin contestar”.

Cuatro meses después del último de esos registros, en octubre de 1918 se le concedió el alta en prueba por un mes “a pedido de sus familiares”. A este momento corresponde una segunda fotografía que muestra a Elsa en su HC a nueve meses de su internación. En esta segunda imagen Elsa mira de frente a la cámara.

En enero de 1919 reingresó. Se agregó a la tapa de la HC una nueva foto donde se la ve despeinada y mirando para el costado. Los registros de su HC en este segundo ingreso son breves (una oración) y en su mayoría ilegibles. Un mes y medio después

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

registraron que tenía “tendencias a la fuga”. A los pocos meses a los médicos les parecía que evolucionaba a una “demencia precoz”. Los registros posteriores suelen ser ilegibles o referirse a cuestiones generales como “buen físico, duerme y se alimenta bien”, “despreocupada” de su persona, su estado mental no variaba.

En el invierno de 1921 tuvo gripe y para fin de año ya tuvo su primer registro de “agresiva”. Estuvo desatenta al “interrogatorio” y manifestó “resistencia al examen somático”. En ese contexto antes de retirarse de un interrogatorio dijo “irónicamente” “ya está, ya está, curada”. Tenía buen físico, dormía y se alimentaba bien. Fue trasladada a “Lomas” en febrero de 1922.

A los seis meses los médicos la vieron “tranquila, muy risueña orientada en tiempo y lugar. Cuando se la interroga contesta con dificultad, haciéndose necesario insistir en las preguntas. Se alimenta y duerme bien. Estado físico es bueno”. Ese año hizo reposo debido a una fiebre que tuvo. Para fines de noviembre ocurrió un registro novedoso por lo detallado. La describieron más detalladamente registrando ciertos síntomas que el médico buscó y no encontró (ecolalia, estereotipias de palabra). Registraron asimismo qué le preguntaron y qué respondió, qué les generaba a ellos (enternecer, aspecto bondadoso) así como detallaron que Elsa había mencionado haber sido maltratada por las enfermeras. Acto seguido y a partir de otra pregunta quedaba puesto en duda tal enunciado.

27-11-1922 levantada, callada silenciosa, deprimida, apática, abúlica. Indiferente. Triste, inmóvil, atiende bien, memoria amnésica. Mediano negativismo. Orientada en lugar, mal en tiempo. Memoria próxima algo conservada. Dice que antes estuvo mal y al preguntarle cuál es su enfermedad sonríe y señala su cabeza.(...) Aspecto bondadoso de su expresión y entonación.(...) Tímida de carácter. No se le observan estereotipias en la palabra, sí de las actitudes y posiciones pasivas. No hay ecolalia. Cuando le preguntamos por su padre oculta su rostro y solloza haciéndonos enternecer. Luego le preguntamos por qué llora y nos dice que porque le han pegado las enfermeras. Le preguntamos cómo la tratan las enfermeras y dice que “bien!”. Enferma simpática. Presenta signos de arterioesclerosis precoz. Será especialmente observada. Se nota la hipoactividad general vegetativa y psíquica. (Elsa)

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Tres meses después vuelve a aparecer un registro del mismo estilo, ya presentaba una ecolalia (repetía las preguntas del interrogatorio) y también registraron intercambios con ella en relación a que cambiaba la persona del verbo y a qué pruebas hicieron ellos en el “interrogatorio” en tanto acercamiento clínico así como la revisión de apreciaciones que tenían de ella y la voluntad de arribar a una conceptualización o lectura del caso.

“26-3-1923 levantada indiferente. El estado mental ofrece la novedad de una ecolalia que se ha iniciado hará un mes aproximadamente. Repite las frases enteras que se le dirigen con carácter interrogatorio. Hay eco de la expresión de la risa y hasta de los ademanes. Negativista extrema. A veces cambia la persona del verbo durante la ecolalia, así por ejemplo “no quieres a tu madre” ella repite “no quiere a mi madre”. Suele reír cuando la estimulamos para que repita frases cuyo sentido ella no parece compartir. Ej. “soy una estúpida!” Ella al responder ríe y descompone su serena actitud habitual. En nuestra presencia produce la ecolalia sobre palabras mías y de la enfermera Filomena, no así respecto de la hermana del pabellón. Al comienzo del interrogatorio parecía realizarse como cuando lo hicimos anteriormente y había llegado a decirnos que el año actual es 1923. Con esa respuesta modificamos la apreciación que antes hicimos respecto de la orientación en tiempo (...) Se niega a trabajar en tejido que es su ocupación habitual. A veces se excita y es agresiva. No es destructora. Modificamos una primera impresión ante esta manifestación xxxxx de su esfera mental que parece ser la evolución a la demencia precoz a pesar de la inteligencia para realizar raptus anti y heterocáticos (...) robustece el carácter atípico de esta ecolalia la circunstancia de ser xxxxx acentuada negativista y por otra parte irónica y displicente, (...) Ideas delirantes dispersas. Persecutorias “?”. Esperamos xxxxx para clasificar este acceso dentro de su historia y llegar a las conclusiones pertinentes. Estado físico regular. Hemos dicho ya su hipoactividad a fin general. (Elsa)

Los registros posteriores de la HC de Elsa cada vez son más infrecuentes, breves y muy ligados a procedimientos clínicos.

Para 1924 Elsa era tranquila pero si alguien la contrariaba,

se excita y es agresiva con las otras enfermas. Interrogada responde con mucha lentitud, su memoria está muy debilitada.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

No tiene noción de tiempo ni lugar. Se ocupa en hacer tejidos. Dice que duerme muy poco porque sufre mucho a causa de los malos tratos recibidos del clero. Se alimenta y duerme bien. Buen físico. (Elsa)

Los años siguientes hay como máximo dos registros al año. Entre ellos la aplicación de vacunas antitíficas (anualmente en 1925, 1926, 1929, 1932-34, 1937-1942, 1945-1950, 1957, 1960, 1962-1966) o antivariólica (1950, 1957, 1962, 1965) y la mención al “buen físico”, a que su estado mental no variaba, dormía y comía bien. Para marzo de 1926 estaba en “completa decadencia psicofísica”.

En 1927 comenzaron las cartas del patrón preguntando por el estado de Elsa debido a que su familia en España preguntaba por ella. Le respondían casi inmediatamente que era una “demente, tranquila, no tiene modificación alguna.” Allí supimos que el patrón había escrito inicialmente al HNA y que le habían dicho que hacía cinco años había sido trasladada a Lomas y no se lo habían comunicado a nadie.

Por aquellos años los registros siguen siendo máximo dos por año uno a vacunas y uno refiriéndose a su físico satisfactorio y a su alimentación y dormir “normales, a su no variación de estado mental y a lo sumo que “no trabaja”.

Para fines de 1929 recién hay un registro de su estado mental. Elsa estaba tranquila con actitud de “afabilidad”, pedía su retorno a España. La veían “pueril”, decía que no creía estar en un hospital “un hospital es un edificio más alto que este”. Hacía gestos estereotipados, muecas, era limpia y seguía trabajando en el costurero.

En 1932 su patrón envió una nueva carta preguntando por Elsa. Le respondieron que estaba en el mismo estado psico-físico del último informe.

Ese mismo año, en octubre entró al consultorio y su médico la vio contenida pero con cierto aire

desafiante. Sentándose en la silla, de través.” La veía como una “asilada tranquila” con memoria debilitada, a veces pueril, soliloquios, que a veces pedía hipnóticos para dormir, trabajaba en el costurero. A su médico le dijo que “paso unas noches desesperadas, se me va la memoria, me dieron muchos golpes en la cabeza. (Elsa)

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Entre 1932 y 1957 no sabremos mucho más que la aplicación de las mencionadas vacunas, que estaba “levantada”, comía y dormía bien y tenía “buen físico”. Con los años se suma el registro también de que cuando se excita es “peligrosa” (o incluso “caprichosa” “autoritaria”). También cobra relevancia si trabajaba o colaboraba o “no se ocupaba en nada”. Con los años se agregaron hipnóticos para dormir.

En 1936 usó una tintura para teñirse el pelo y se produjo una dermatitis en el cuero cabelludo y en la cara. La curaron. Para 1937 era “destructora” y ya en 1940 consideraban que estaba en un “estado demencial”, era tranquila y estaba “levantada”.

Entre 1950 y 1955 no hubo registros. A partir de 1957 Elsa tuvo problemas clínicos o que requirieron asistencia clínica. Fue agredida por otra enferma que le lastimó el brazo, otra vez el cuero cabelludo, tuvo que pasar por rayos, tuvo obesidad. Todos esos años “colaboró” en su pabellón, realizó “labores”, estuvo aseada y su cuadro no se modificó.

En la década del ´60 continuaron con alguna aplicación de vacuna anual de vacuna antitífica, la BCG y le hicieron una radiografía.

Hacia 1967 sufrió una “caída sin causa aparente”, no sabemos qué mes ni día. En junio de 1967 “siendo las 14 h. “la enferma deja de existir, siendo comprobado su deceso por la guardia. Diagnóstico: insuficiencia cardíaca. Psicosis senil”.

Informando su fallecimiento al patrón vía carta le preguntaron si “se hace cargo”. En su certificado de defunción dice que falleció a los 78 años.

En cuanto a procesos vinculados con políticas públicas hallamos registrados en su HC: al INSM y su censo de salud mental. Por esa vía supimos que su diagnóstico para el momento del censo era: esquizofrenia. Y que se le practicaron tratamientos convulsivos eléctricos. Piretoterápicos: vacunas y proteínas. Farmacológicos: neuroplégicos, sedantes, antibióticos. También encontramos su ficha dactiloscópica de Empadronamiento femenino ley 13.010/1947 que es la ley del voto femenino.

La presencia de su patrón debido a que preguntaba por ella formalmente por escrito mereció registros. Escribió en los años 1927, 1932, 1938, 1941, 1942, 1943, 1945 preguntando si “aún vive Elsa” y por su estado de salud. Las respuestas eran casi inmediatas (1-2 días) y escuetas donde se informaba que no había variación del estado

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

mental demencial, que la paciente habitualmente gritaba, tenía períodos de agresividad, era indiferente o estaba desorientada. También le informaban que tenía un estado físico satisfactorio, que dormía y se alimentaba bien. La respuesta siempre es a su patrón que dice ser intermediario de la familia de Elsa que pide noticias y reside en España.

10.7.5 Gabriela. Desenlace en menos de 2 años. Llega desde el Piñero.

La HC de Gabriela fue elegida en tanto falleció con menos de dos años de internación hacia fines de *los 60* y porque fue marcada como cualitativamente rica en tanto venía de estar internada en un hospital general de agudos y es novedoso en relación a otras internaciones. Todas las citas de este apartado referirán a su HC³¹.

Gabriela había nacido en 1917 en Balcarce, provincia de Bs As. Era viuda y al momento de ser internada vivía en Avellaneda (aparentemente con su hija).

Fue internada el 6 de octubre de 1969 a los 52 años. Llegó al Esteves llevada por su hija derivada desde el servicio de Psicopatología e Higiene mental del Hospital Piñero donde había estado internada dos meses y medio. Dicho servicio solicitó su ingreso al Esteves porque Gabriela presenta “síntomas de alienación mental” siendo que el Piñero sólo funcionaría para internaciones agudas y breves. Por ausencia de camas y con los certificados correspondientes solicitaron su ingreso al Esteves. Su diagnóstico al ingresar era “tipo hebefrénico (parafrenia) 300.1”.

La médica psiquiatra de su admisión era mujer y firmó la historia clínica. Registró que Gabriela fue internada en el Piñero debido a una “serie de actividades raras entre las que predominaban conductas antisociales de tipo exhibicionismo erótico” que habían aparecido un año y medio atrás. Tenía “pérdida total de la autocrítica”, estaba poco comunicativa y respondía a las preguntas casi exclusivamente con monosílabos y “haciéndose evidentes fallas en la evocación”. Su aproximación diagnóstica fue: demencia. La hoja pre-impresa para el examen psicológico se encontraba en blanco.

A los dos días le hicieron una revisión clínica: pesaba 92,5 kg, medía 1,67 m y su presión arterial era 150/90 mmHg. Allí se registró que su esposo estaba vivo, su

³¹ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Gabriela”, Legajo N° 117, HC N°14.252.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

madre y hermana también y que su padre había fallecido en un accidente. Gabriela tuvo un examen físico normal en cuanto a ojos, corazón, piel, marcha.

A una semana de su ingreso asistió a la “entrevista” llorosa, parcialmente orientada, con consciencia de situación pero no de enfermedad. En esa entrevista Gabriela dijo que estaba muy triste por la muerte de su esposo ocurrida hacía “cuatro años” y rompió en “llanto explosivo” con temblor generalizado.

A partir del 14 de octubre fue medicada con tres Stelazine por día, 2 Artane por día y 2 Nozinan por días. Para el 24 de octubre de 1969 se repitió el registro de que se encontraba llorosa, con “juicio pueril” y que debía “continuar con la misma medicación”. Veinte días después continuaba llorosa y con temblor generalizado.

A la semana de ingresar ya tenía un plan de medicación: 6 Halopidol por día, 2 Artane por día, 2 Nozinan por día. Un mes y medio después le agregaron tres Valium por día.

Para diciembre de 1969 Gabriela tenía una “discreta mejoría” por ende le prescribieron como plan de medicación seis Valium y dos Nozinan por día.

Para principios de 1970 la trasladaron al Pabellón 9. El tipo de registros y palabras se modificó. A los dos días de llegar al pabellón 9 Gabriela se presentó a un “interrogatorio” con “ropa escasa” no “valorando tal situación”, era “pueril”, estaba “mal orientada en tiempo y lugar”, y reclamaba su externación. El médico interviniente destacó una “imposibilidad de establecer una conexión”.

Dos días después le aplicaron una ampolla de Halopidol I-I-I. Días después se suspendió el Halopidol y se indicó Amitriciclina

Para marzo de 1970 Gabriela tenía un estado “satisfactorio” y salió de paseo con un familiar por unas horas. Gabriela regresó bien ese mismo día a las 14 h.

Menos de un mes después fue encontrada en el patio

obnubilada. Al examen se comprueba infección facial y xxxxx-pulso 100 por m T 37°A”. Le aplicaron una bolsa de hielo, le administraron medicación, la pusieron a hacer reposo en cama, le hicieron cura plana en el rostro. Para El 6 de abril Gabriela estaba “deprimida, apartada, abúlica. Sin disposición de ánimo. (Gabriela)

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Allí se inició un tratamiento con Amitripirilina 1-1-1. Tres días después comenzó con deposiciones diarreicas muy frecuentes y dolor. Para fines de abril si bien el cuadro diarreico había remitido levemente ya no tenía fiebre y por ende se le incrementó la medicación. Para el 11 de mayo Gabriela continuaba con diarrea iniciaron el tratamiento con estreptomocina y antiespasmódicos.

Para principios de junio tuvo una “sepsis médica”. Falleció a los 8 meses de haber ingresado, el 5 de junio de 1970 a las 7:30hs por una “insuficiencia cardíaca aguda” con una enterocolitis como antecedente clínico. Su cuerpo fue retirado por sus familiares.

La hoja de enfermería desde el 3-11-69 registra al menos dos firmas por día.

Esta historia tiene varias de sus hojas fuera de orden cronológico y a la vez hay hojas de “prescripciones y órdenes médicas” y de enfermería separadas y agregadas al final de la HC.

Como nivel macro esta HC permite observar un ingreso a través de un hospital general, una admisión en el centro piloto de comunidad terapéutica que serán desarrollados en la discusión.

10.7.6 Tita. Procedente de Comodoro Rivadavia

Al elegir la HC de Tita buscábamos una HC de una italiana y de una mujer que se dedicara a los quehaceres domésticos. Su HC es cualitativamente rica según la cantidad de actores intervinientes: policía, familiares, referente consultar, HNA, INSM, juez, registro de incapaces, Salud Pública de Chubut, etc. Todas las citas de este caso se referirán a su HC³².

Tita era italiana, había nacido en 1896. Desconocemos cuándo llegó a la Argentina, aunque sabemos que vivía en Comodoro Rivadavia, provincia de Chubut. Había estado casada y se dedicaba a los quehaceres domésticos.

En septiembre de 1949, ya era viuda. Con 54 años fue trasladada por la policía, y “colocada por Salud Pública de Comodoro Rivadavia” en el HNA. Al llegar le tomaron una fotografía que en la actualidad está borrosa. Su HC llevaba el sello de “interdicta”.

³² Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Tita” Legajo N° 117, HC N°7469.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Ingresó por sus propios medios y los médicos le vieron “atributos seniles”. Estaba “ligeramente excitada, orientada”. Según ella la policía le quería quitar “la propiedad”, “todos me quieren sacar mis cosas”, “me han llenado de basura”. Tita protestaba en voz alta diciendo que querían vivir en su casa, que sus sobrinos le querían robar y que la policía y el comisario también estaban en su contra. Decía que le querían “robar las tres casitas”, la plata de sus ahorros. Según los médicos eran “Ideas delirantes persecutorias” que se sumaban a “alucinaciones”. Tita lloraba al recordar el fallecimiento de su esposo. Tenía humor cambiante.

Al ingresar le hicieron un análisis clínico: tenía “regular estado de nutrición”, piel seca, señales de rascado y le diagnosticaron una taquicardia sinusal, hipertensión arterial e hiperreflexia tendinosa.

Las primeras noches se quejó. Dijo no poder dormir por tener frío y un “colchón de basura”, estaba “quejosa”. Al mes de haber ingresado la revisó el médico de tribunales. Tita era “muy trabajadora”. Sus diagnósticos fueron: psicosis senil, paranoia y estados paranoicos, parafrenia, síndrome delirante persecutorio.

De fines de mayo a junio de 1950 le aplicaron electroshock con acetilcolina intramuscular y fue teniendo las sucesivas “crisis” cada dos días. Tita habitualmente estaba “excitada” y gritaba.

En esos primeros años tuvo un absceso en la boca que drenó espontáneamente, heridas contusas y sutura.

En 1951 pasó a “Lomas” por disposición de la Dirección e ingresó al Pabellón 9. En Lomas le permitían salir a la quinta del hospital para realizar tareas.

En cuanto a tratamientos psiquiátricos, a principios de 1950 tuvo una fuerte crisis de excitación, estuvo muy agresiva y le aplicaron sedantes y lactoterapia. Para 1956 no era visitada y como era “agresiva” y tenía un delirio persecutorio crónico le indicaron una ampolla de Ampliactil cada 6 horas y electroshock.

En 1953 no se ocupaba de nada, tenía visitas y regular higiene.

Le aplicaron la vacuna antitífica cada dos años entre 1949 1956 y en 1965. También le aplicaron la vacuna antivariólica los años 1949, 1952, 1953 y 1957 aunque traía un certificado de vacunación antivariólica (según Ley 4002), la antituberculina en 1966 y en 1969 la antigripal.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Allí en lo referido a cuestiones clínicas desarrolló bronquitis y la curaron, se tragó una pezuña de gallina y tuvo problemas de deglución. Tita no comía y estaba pálida. Tuvo diarreas a repetición con dolores por meses. También fue agredida por otras mujeres internadas, entre ellas le hirieron el cuero cabelludo y tuvieron que hacer cinco puntos de sutura. En 1950 comenzó a transitar enfermedades de la piel: forunculosis, ántrax (le realizaron pincelaciones, le administraron penicilina). Para 1964 no podía mantenerse en pie y le hicieron radiografías de tórax y la estudió el equipo de “fisiología” para indicarle tratamiento adecuado. También tuvo un yeso en la muñeca.

Para 1968 tenía erupciones en las piernas que en 1970 desarrollaron a gangrena seca, y un proceso necrótico en el pie que luego derivó en un “gran proceso necrótico en pie”. Si bien le dieron penicilina, estreptomycinina el 4 de mayo de 1970 falleció a las 2:05 AM con 75 años de edad. Se registró que falleció de “miocarditis crónica”, estaba cursando una necrosis en pie. Le avisaron al Juez y al Registro de Incapaces. La Facultad de Medicina retiró su cadáver.

Durante su internación le realizaron análisis de orina (al ingresar), análisis de materia fecal (1955). Las hojas de enfermería y sus registros estaban firmados por nombres de pila de mujeres. Las enfermeras de cirugía también registraron el fallecimiento.

Intervinieron en su caso: la policía que la trajo en ambulancia desde Comodoro Rivadavia; un Juzgado civil, el Registro de Incapaces quienes pidieron informes en 1961 y 1965; la Sociedad de Beneficencia de la Capital, el HNA, el INSM (pidió diagnóstico en 1964: paranoia); su sobrino que enviaba cartas desde Comodoro Rivadavia; la Facultad de Medicina que retiró su cadáver, los médicos de tribunales, el referente consular (no legible) de la República Italiana en la Argentina.

10.7.7 Romina, supervivencia, 69 años al ser internada.

Elegimos la Historia clínica de Romina debido a que había sido registrada como “cualitativamente rica” y por su excesivo grosor. Dicho grosor se debía principalmente a notas de la curadora que mensualmente escribió entre 1948 y 1966 (más dos cartas de 1970) pidiendo un certificado de supervivencia para cobrar la pensión de Romina y las correspondientes respuestas de parte de la Dirección del Hospital. En alguna de las

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

notas que respondió el hospital se registró que “su curadora le provee ropa golosinas y algunos alimentos”. Todas las citas de este apartado corresponden a su HC³³.

Romina era española nacida en 1876 había llegado a la Argentina aproximadamente en 1912. Se había casado a los 20 años y había tenido once hijos. Siete habían fallecido. Era analfabeta y se ocupaba en los quehaceres domésticos. Tenía problemas de reumatismos y había perdido la visión de su ojo izquierdo (1935). En 1933 había enviudado. Sus padres habían fallecido pero tenía una hermana viva. El 20 de febrero de 1945 con 69 años de edad fue internada por una de sus hijas, Elena.

Cuando la internaron en el HNA (Dependiente de la Sociedad de Beneficencia) presentaron dos certificados médicos que recomendaban su internación. Según Elena desde hacía siete años Romina acusaba a sus hijos de robarle y desde hacía un año y medio tenía crisis de excitación, coprolalia y había intentado agredirlos. Tenía “Ideas delirantes persecutorias objetivadas en vecinos y familiares”. Si bien comía bien, dormía mal.

Su color de piel era “blanco”. Al ingresar le tomaron una fotografía. En la misma unas manos aparentemente le sostenían la cabeza. Le diagnosticaron “delirio alucinatorio crónico” y también “Psicosis senil”. Estaba “indiferente” pero “a causa de su ceguera e hipoacusia. Prestaba atención, tenía la memoria conservada, estaba orientada pero presentaba “ideas delirantes persecutorias generalizadas y alucinaciones “auditivas y cenestésicas.”. Tenía ideas de que la iban a dañar, escuchaba que se lo decían.

Al llegar a la sala se excitó violentamente, con aspecto colérico insultó y denunció que la habían engañado pues le habían dicho que iba al Rawson y en cambio la habían llevado allí, ‘que no es un hospital ni es nada’. Romina se había tornado “violenta y agresiva” y “en su logorrea dejó en evidencia un delirio persecutorio”. No se le había realizado el examen somático por ser impracticable.

Romina fue trasladada al Servicio B. Oeste donde le realizaron exámenes de sangre y orina. Pesaba 68kg, se alimentaba espontáneamente, estaba tranquila pero tenía

³³ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Romina”, Legajo N° 121, HC N°37.160.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

alucinaciones auditivas con las que dialogaba, presentaba soliloquios. Estaba “protestadora”, “coprolálica”, “logorreica a gritos” pero “afectuosa”.

A principio de marzo, Romina presentaba un enfriamiento de sus extremidades, lividez, fiebre, vómitos, deposiciones sanguinolientas. Tenía una neumonía aguda. Ante la gravedad del cuadro se le inyectó medicación, se le prescribió aceite alcanforado, “calentamiento de la cama”, un purgante y se llamó a la Hermana para que prestase los “servicios espirituales”. Sin embargo al otro día mejoró. En julio la incluyeron en la nómina de “no videntes” y para fines de septiembre de 1945 como no había novedades “Por su cronicidad podría pasar al asilo de Lomas”. Sin embargo, pasaron cinco meses hasta trasladarla debido a que tuvo dificultades para orinar, le hicieron análisis y tuvo edemas en ambas piernas.

Cuando llegó a “Lomas” en 1946 estaba “tranquila”, tenía soliloquios, logorrea, estaba “atenta y lúcida”, “orientada en lugar pero no en tiempo”. Tenía “ideas persecutorias y alucinaciones auditivas”, hipoacusia, catarata bilateral y edema de piernas. Para ese momento tenía “buen estado de nutrición”.

Ese invierno Romina tuvo fiebre, estuvo “quejosa”, tuvo pulso taquicárdico y catarro bronquial. Le indicaron sellos y bebida expectorante. Para noviembre presentó una placa de erisipela en la región frontal parietal por lo que le indicaron fomentaciones de agua fría. En junio de 1947 Romina estaba tranquila, levantada y tenía buen estado físico.

Los años siguientes le aplicaron las vacunas antitíficas. Romina tenía un “delirio persecutorio con alucinaciones auditivas y cenestésicas”, era “protestadora”. Sus hijas la visitaban.

Durante su internación fue agredida por otra mujer internada y ello le produjo una herida debajo del párpado inferior y hematoma en párpado superior, derrame sanguíneo interconjuntival. Le desinfectaron la herida y le pusieron hielo. Su trastorno “permanecía estacionario y tenía un discreto estado físico”, así como “atributos de la senilidad”.

Los años siguientes (1951-1954) los registros nunca superaron los tres por año incluyendo registro de dos vacunas antitíficas y placa erisipelosa en pierna, drenaje de absceso prerotuliano (“abundante pus”), lesión erisipelatosa en pierna izquierda y gran

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

edema en ambas piernas (“penicilina”), erisipela en pierna derecha. Tenía “escaso aseo”, comía y dormía bien pero “no trabajaba”. De 1955 no tenemos información.

En 1956 Romina se apretó el dedo meñique con una puerta produciéndose una herida. El accidente ocurrió de noche y el personal lo notó a la mañana, por ende no se suturó y sólo se realizó antisepsia.

En 1957 Romina recibió la vacuna antivariólica y presentó erisipelas en una pierna y en el brazo. Luego tuvo una tumoración en el pie, fluctuante de la que se recuperó y volvió a estar levantada. En 1958 la hija de Romina autorizó su operación de cataratas.

Los años siguientes Romina estaba obesa. Como tuvo erisipelas en su pierna derecha y fiebre le dieron penicilina.

Los registros siguientes hasta 1969 (máximo 3 por año) plantearon el siguiente cuadro: Romina estaba levantada, su cuadro mental no variaba, era visitada, su estado físico era aceptable. Aparentemente las visitas coinciden con este tipo de registros. Por esos años también tuvo reiteradas dolencias físicas y le realizaron reiterados procedimientos clínicos: un hematoma en la mejilla (hielo), pesaba 67kg y midiendo 1,37 m, tuvo un flemón a la altura de la parte interna de la comisura labial izquierda (penicilina, estreptomycin, buches), la vacunaron con la vacuna antitífica (1965), tuvo una caída (dolor en hombro y hematoma en tobillo, luxación clavicular, bolsa de agua caliente y cirugía), tuvo una herida cortante encuero cabelludo y un quiste sebáceo pediculado (cirugía)

En 1969 y 1970 volvió a tener heridas cortantes en el cuero cabelludo, asimismo tuvo lipotimias de las que se recuperó, colitis, una herida que requirió seis puntos en la mano izquierda. En 1969 le administraron Valium.

Para septiembre de 1970 registraron que tenía un problema (ilegible) en ambos pulmones por lo que había que administrarle un tratamiento inmediato. Dos días después suspendieron la medicación. El 1 de octubre de 1970 a los 94 años falleció en Garibaldi 1661 “Hospital Nacional José A. Esteves” a las 23:15 h debido a una “insuficiencia aguda” si bien había tenido un problema pulmonar. Al darle aviso a su hija, retiró su cadáver (“Conteste si se hace cargo”)

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

La HC de Romina llevaba el sello de “Interdicta”. Intervenía en su caso un Juzgado Civil. Que solicitó informes sobre el estado de Romina en 1954. Se le respondió aclarando su buen estado general y su cuadro mental: delirio alucinatorio persecutorio. Cuando Romina falleció el Director Interventor del Hospital notificó a dicho Juzgado.

También intervenía el Registro de Incapaces que solicitó un informe de Romina en 1956. Se le respondió que Romina era “tranquila, vida vegetativa, logorrea constante, expresa algunas ideas delirantes de tinte persecutorio en vías de desintegrar. Déficit psíquico de carácter demencial. Discreto estado general, atributos de la senilidad.”

El Censo de Salud Mental del INSM requirió su diagnóstico para diciembre de 1960: demencia senil.

Las visitas de las hijas y las cartas pidiendo el certificado de supervivencia para cobrar la pensión son destacan en la HC de Romina. Una de sus hijas había solicitado que su madre pasara del Pabellón 1 al Pensionado pero tal pedido no había sido aceptado.

10.7.8 Marité. Reingresos y fugas.

Lac HC de Marité fue elegida por pertenecer a una mujer cuya internación se prolongó por muchos años y falleció en 1971. Su HC registra gran cantidad de fugas, reingresos y trasladados que había tenido y cierta mirada “moral” sobre Marité. Todo este caso referirá a su HC³⁴.

Marité era argentina, casada, tenía un hijo y se ocupaba de los quehaceres domésticos. Vivía en Capital Federal. Había cursado hasta segundo grado.

Su hijo hacia mediados de los 60 diría a una asistente social que de niño su madre lo había obligado a pedir limosnas y había ejercido la prostitución delante de él. El tutor de ese chico había sido el cuñado de Marité. Este hombre para mediados de los 60 pidió que se lo relevara de ser también su curador. El cuñado vivía con su familia en una casa antigua de material compartida con otros inquilinos en la Capital Federal. Toda esa familia vivía de ayudar en el trabajo del tío que era aparador de calzados.

³⁴ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Marité”, Legajo N° 43, HC N°12.941.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Marité fue internada en el HNA en diciembre de 1950. Tenía 26 años. Ingresó “por sus propios medios”, “tranquila”. Estaba “orientada en espacio”, tenía “fallas en la memoria” y “no exterioriza alucinaciones”. No se registró su color de piel pero sí le tomaron una fotografía donde se la ve de frente mirando hacia adelante en diagonal. Tenía el pelo corto (no rapado). La “colocó” su esposo con certificados de dos médicos. Medía 1,52 metros y pasaba 53,9 kg.

Había padecido de ataques epilépticos desde los trece años a razón de cuatro o cinco por mes. Estaba medicada con Espansina, Luminal y Gardenal. Desde hacía un año y medio tenía -según su esposo- ideas persecutorias contra una vecina a la que atacaba, tenía “crisis de excitación psicomotriz”, estaba “destructora, coprolática, agresiva” estaba “hipoafectiva” con su esposo e hijas y se ocupaba regularmente de los quehaceres domésticos. Según Marité una vecina la había instigado a golpear a su marido y esa misma vecina es con la que se habría peleado y se habría desencadenado su internación.

Sus diagnósticos fueron: psicosis epiléptica, debilidad mental, 308-1 psicosis epiléptica. En cuanto a su tratamiento psiquiátrico se le administró Luminal (1950), Saceril (1951).

En 1951 tuvo un intento de suicidio estando internada. Intentó tirarse por el hueco de la escalera desde el último piso del hospital. La sostuvieron otras mujeres internadas. Había dejado una carta para su hijo que decía “a mi ijito querido lo ayude porque perdió su madre por su padre ingrato adiós xxxxx para siempre termino” (la caligrafía podía ser de una mano temblorosa o bien de alguien no habituado a la escritura).

Marité tuvo altas a prueba y permisos de paseo por un mes. El primero en 1951 y regresó dos meses después con su esposo que refirió que no se había adaptado al medio familiar, que había estado agresiva y coprolática y que ello obligaba a reinternarla. Al reingresar respondió un interrogatorio con lucidez, coherencia y orientación témporo espacial. En dicho reingreso se quejó de sus vecinos manifestó que la iban a “obligar a suicidarme”.

La segunda alta en prueba por un mes la realizaron también en 1951 y le dieron al esposo indicaciones sobre el tratamiento. Casi cinco meses después reingresó.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Alguien que imaginamos su esposo informa que no se había observado en ella ningún cambio, había tenido crisis de excitación repetidas y en varias oportunidades había intervenido la policía. Veinte días antes de reingresar (reingreso 9-2-52) había “abandonado su hogar” y había sido “localizada en San Nicolás viviendo con un anciano”; se había llevado con ella a su hijo. Reingresó bajo el efecto de sedantes. A los pocos días de este reingreso Marité intentó arrojararse nuevamente por la escalera (13-2-52). Dijo que se había ido de la casa porque había sido castigada por su esposo. Al irse una amiga le habría dado refugio y el hermano de esta mujer la habría atado de brazos y la habría violado. Marité dijo que estaba embarazada.

El tercer permiso de paseo por un mes lo tuvo estando en el Santa María en septiembre de 1952. Reingresó llevada por la policía más de dos años después. No tenía ideas delirantes, estaba orientada, no tenía alucinaciones. En 1955 (27-12-55) fue dada de alta por disposición judicial a posteriori de dos exámenes de médicos forenses. Reingresó a Santa María traída por la policía casi tres años después (9-8-1958), seis días después intentó suicidarse. Le pusieron restricción y le administraron bromuro (1958).

En julio de 1952 por “orden de la Dirección” había pasado a “Lomas” al Pabellón 10. En agosto de 1951 la trasladaron al HNA nuevamente y de allí pasó al “Santa María” (estimamos el Santa María de Punilla de Córdoba) donde su esposo relató el evento de San Nicolás, que era “muy erótica”, “Acusadora. Solía ir a la comisaría y acusaba al esposo de malos tratos. Fabulación”. En 1955 tenía “buen comportamiento”, “ayudaba en el pabellón” y los médicos consignaron que “podía egresar”. También la examinaron médicos legistas. Meses después por disposición le dieron el alta.

En 1958 estando estaba tranquila, ayudaba en el pabellón. En junio de 1960 por orden de la Dirección fue trasladada a Lomas al pabellón 10. En Lomas hizo laborterapia en la quinta aunque manifestaba que “se la quería explotar cosa que trataba de demostrar también a sus compañeras”. La reorientaron a otro tipo de tareas.

En octubre de 1960 la “mantuvieron en cama unos días”. Como fue agredida por otras mujeres internadas del pabellón la trasladaron al pabellón n°2. En dicho pabellón en 1961 por “insubordinarse a la caba” le colocaron el restraint y la inyectaron con Ampliactil. También le administraron Luminal.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Ese mismo año hirió a otra internada con un plato, se “fugó” del pabellón y dio gritos “por toda la casa, insultando a todos, después de haber tirado los platos en la enfermería”. “Como es agresiva, cuando se excita se ordena colocarle restraint mientras dura este estado de excitación y administrarle Luminal 0,10 cent- 3 a 4 sellos en el día- retirar la ropa”

En 1963 por agredir a la “sub caba” le indicaron Ampliactil y Somnifene.

Entre 1959 y 1967 le aplicaron la vacuna antitífica casi anualmente. Le aplicaron la antivariólica en 1965 y la antibuerculina en 1966.

En 1962 se fugó y la reintegró la policía de La Plata cinco días después. Marité dice que se fugó con una compañera por el “fondo, (donde la pared se encuentra rota)” fueron con la familia de la otra mujer. Estuvo internada cinco días en el hospital de enfrente de dicha familia y la reintegraron en ambulancia.

En agosto de 1962 volvió a fugarse. Volvió traída desde el hospital de Pilar en diciembre. Dijo haber tenido relaciones sexuales con “cuatro sujetos”. En 1966 volvió a fugarse y la reingresó a los tres días un “familiar”

En cuanto a procedimientos y problemas clínico médicos le hicieron al ingresar un examen, tenía regular estado de nutrición y en general todo sin particularidades excepto una hernia umbilical. Le hicieron estudios de orina, glucemia y reacciones de Wassermann y Kahn. Se registró su peso y sus menstruaciones rigurosamente. Para 1960 en Lomas tuvo lesiones en su brazo producto de agresiones de otras mujeres internadas, erupciones en la nuca.

En 1961 tuvo diarreas. En 1962 un prolapso de vejiga, edema en ano con probable desgarró (acababa de reingresar y decir que había tenido relaciones sexuales con “cuatro sujetos”), hemorroides, parestesias en antebrazo.

En 1964 la asistente social buscó a su hijo porque Marité tenía “mucho necesidad de verlo”. En 1967 y 1971 volvió a citarlos para que la visitaran. En 1965 agredió a otra mujer internada con un secador produciéndole una lesión de “consideración”.

Luego tuvo una enfermedad vinculada a los pulmones, forúnculos en muslos, lesiones en espalda, lesión epidérmica en manos, bronquitis catarral, escamaciones en la

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

cara por una agresión, una mordedura en la mano, gripe, diarreas, orzuelo en un párpado, erupciones, lesiones de rascado.

En 1971 tenía un cuadro de postración, incontinencia de orina, imposibilidad de deambular. En el invierno tuvo una neumopatía aguda. Llegó al estado de coma y falleció con 47 años de edad. Cuando falleció le comunicaron a un juzgado en lo civil y a su hijo quien retiró su “cadáver”.

Los actores intervinientes en su HC son: su esposo, la policía, un juzgado civil, el HNA, el Hospital Santa María, la Dirección Nacional de asistencia social dependiente del Ministerio de Trabajo y Previsión. Su HC llevaba el sello de “interdicta”. Tenía un juicio de insania iniciado en 1959, en agosto estaba en estado de “interdicción civil”.

10.8 Datos demográficos

En el siguiente apartado presentaremos datos generales de población según los distintos censos que consideramos necesarios relevar para la construcción de los 8 casos.

Hacia 1960 el analfabetismo³⁵ no llegaba a los dos dígitos y venía disminuyendo desde 1869 con casi el 80% de analfabetos (INDEC, 1973). La esperanza de vida al nacer también crecía, siempre con más años las mujeres que los varones rondando para los años '60 los varones los 63- 64 años y las mujeres los 69-70. En cuanto al índice urbano creció notablemente en el siglo XX llegando en 1960 a casi el 74% de la población. Un indicador interesante para pensar la conflictividad social y la lucha de trabajadores es el de “horas de trabajo perdidas por conflictos laborales”³⁶. Dicho indicador creció notablemente hacia 1960-1961, volvió a crecer hacia 1966 y se disparó hacia 1969-1970. Llamativamente ese número cayó en 1968 y se disparó en 1969.

En cuanto a las tasas de mortalidad notamos que de la década del '60 el año con mayor tasa de mortalidad es 1969, en 1970 se repite dicha tasa. Los años con menores tasas de mortalidad son 1961, 1966, 1962 y 1963 (INDEC, 1973). Las principales causas de mortalidad en orden de mayor a menor para los años 1967 y 1968 fueron: tumores malignos, enfermedades arterioescleróticas y degenerativas del corazón, lesiones vasculares afectando el sistema nervioso central, otras enfermedades del

³⁵ en mayores de 14 años.

³⁶ incluye huelgas, “brazos caídos”, trabajo a desgano o a reglamento.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

corazón, cirrosis de hígado, diabetes sacarina, HTA sin mención de enfermedad cardíaca, TBC del aparato respiratorio, Nefritis y nefrosis, HTA con enfermedad del corazón, Enfermedad reumática crónica del corazón y Sífilis y sus secuelas. (INDEC, 1973). Para 1969 había en hospitales estatales 2.684.133.847 camas y la distribución en el país del personal médico era desigual siendo que en la capital federal había 61 médicos cada 10.000 habitantes pero en la Provincia de Bs As 14 y en Misiones 6 (INDEC, 1973) (Ver Tabla 16).

10.9 Sobre el Hospital. Diario La Prensa.

A partir de la construcción de los recorridos, del relevamiento bibliográfico y del trabajo cuantitativo con la muestra de HC decidimos revisar el Diario La Prensa en dos momentos: junio de 1965 (registro de paro total del personal) y diciembre de 1970 (desmantelamiento del Centro Piloto). Sólo revisamos esos dos meses debido a los límites de tiempo y a que son los meses en que los datos producidos nos sugerían hacerlo. Para el 22 de mayo de 1965 hallamos registro de “paro total del personal” AR_AGN.DAI/HNE.hc[N°12.084 Leg 5] y AR_AGN.DAI/HNE.hc[N°12.245 Leg 141]. Según la historia del Hospital supimos que afines de 1970 fue desmantelado el CP. La intención que nos motivaba era poder saber si los medios tomaban los conflictos, qué decían y obtener testimonios de la época. Allí nos encontramos con dos conflictos en el Hospital, uno gremial solicitando mejoras salariales a nivel salud en general y donde se describe que la policía terminó desalojando los monovalentes; el otro político-ideológico a partir del desmantelamiento del centro piloto. En ambos intervinieron las “fuerzas de seguridad” desalojando a trabajadores. A partir de esta búsqueda conocimos datos de funcionamiento del hospital que incorporaremos oportunamente.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Tabla 15- Datos demográficos generales de salud y trabajo a partir de censos y de otras fuentes para los años de los censos y con mayor detalle para los años de la década del 60

Año/ variabl es	Pobla ción total	Mujere s	Índice urbano (urbana + de 2000 habitantes)	% analfabetis mo (mayores 14 años)	Relación % sobre el total del país. Gran Bs As	Esperanza de vida al nacer en años	Tasa mortalidad de la pobl gral (por mil)	Horas de trabajo perdidas por conflictos laborales *
1869	1737	845	28,6%	77,4%	13,2%	-	-	-
1895	3955	1866	37,4 %	53,3%	19,7%	-	-	-
1914	7.885	3.658	52,7%	35,9%	25,8%	-	-	-
1947	15.894	7.749	62,5%	13,6%	33,7%	-	-	-
1960	20.011	10.005	73,7%	8,4%	35,7%	63,13 varones 68,87 mujeres	1960=9,0 1961= 8,7 1962=8,9 1963= 8,9 1964=9,1 1965=9,1 1966=8,8 1967= 8,9 1968=9,5 1969=9,6 1970=9,6	1960=15.135 1961=16.404 1962=7.186 1963=10.252 1964=9.666 1965=9.987 1966=15.303 1967=1.959 1968=188 1969=2.005 1970=2.268
1970	23.364	11.762	81,2 %	A 1973...	A 1973...	64,14 varones 70,75 Mujeres	-	-

Fuente: elaboración propia a partir de Anuario estadístico de la República Argentina del INDEC 1973 y Consejo Nacional de salario vital mínimo y móvil.

* huelgas + brazos caídos, trabajo a desgano o a reglamento

11. DISCUSIÓN

Considerando los datos que hemos presentado en los apartados previos, nos proponemos articularlos analíticamente para dar cuenta de las particularidades de los recorridos de las mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- en el período 1957-1971. Para comprender los recorridos de internación utilizaremos diversas fuentes en una articulación de distintos niveles de análisis (singular, institucional, económico-político) (Castellanos, 1990; Stolkiner, 1994; Vasco Uribe, 1987; Breilh, 2009). Para la corriente de pensamiento de la Medicina Social Latinoamericana la distribución de los procesos de salud-enfermedad-atención es desigual por grupo poblacional. Como planteó C. Augsburger (2002) pensaremos los problemas de salud a la luz de procesos históricos e institucionales que pueden favorecer o no el padecimiento mental y organizan su tratamiento. Consideramos que la epidemiología es mucho más que una simple suma de variables, más que la suma de individuos (Breilh, 2009) y que tal fragmentación estaría al servicio de invisibilizar las matrices sociales de producción y reproducción de los procesos de salud-enfermedad-atención.

En este sentido hemos organizado la discusión en torno a tres grandes aspectos. El primero refiere al objeto HC y sus particularidades. El siguiente describe cuatro momentos en “Lomas” entre los que existen continuidades y novedades en relación a tratamientos, población asistida, y modo de ingreso en los recorridos de internación. Considerando que las periodizaciones son siempre artificiales (Stagnaro, 2006) y que en un mismo momento pueden coexistir distintas instituciones y prácticas incluso opuestas (Stolkiner, 2003; Galende, 1990) delimitamos cuatro momentos a partir de los registros de HC en los que se distinguen discursos y registros de prácticas novedosas y/o preexistentes. La secuenciación se relaciona más con las novedades que van surgiendo que con una diferencia tajante de cada momento con el anterior (Stolkiner, 2003). Los mismos son: 1) “Asilo de crónicas. Moral (1908-1946) y shock (1946-1956)”, 2) “Escasa formación, psicofármacos y ajuste (1957-1959)”, 3) “Los 60 cortos. Circuito de ingreso (1960-1967)” y 4) “Hubo una vez un centro piloto. Veranito antimanicomial (1968-1971)”.

R. Castel (1983 apud Stagnaro, 2006) nos aporta la perspectiva de pensar la historia “para el presente”, es decir buscar filiaciones que entretejen la trama de la historia y estimar en cada acontecimiento los efectos de innovación y a la vez la persistencia de aspectos heredados de períodos anteriores (Stolkiner, 2003). Dado que las fuentes principales de

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

nuestro análisis fueron las HC pensamos sus registros como lo que “dicen” los expertos en un contexto histórico de producción (Levín, 2012). En estos momentos buscamos articular distintos niveles de análisis concretamente y pensar fragmentos de recorrido de internación con un nivel institucional y uno macro.

El tercer aspecto refiere a los procesos de internación y muerte en un manicomio (Basaglia, 1972) ligados al desinterés y desafiliación (Castel, 1991), al estigma (Goffman, 2001), a la “nuda vida” de G Agamben (2013) así como al concepto de lo “cruel” en contraposición con la ternura y la producción de cuidado en salud (Ulloa, 1995).

11.1 El objeto historia clínica de un manicomio. Evolución de HC

Al trabajar con las HC del fondo documental tres de las cuestiones que mencionamos fueron que los registros eran escuetos, muchas veces ilegibles e infrecuentes (en un inicio mensuales, con los años semestrales y hay períodos de hasta cinco años sin registros como ocurrió con Elsa).

Según R. Huertas (2001) la información disponible en las HC, aparte de facilitar el acceso a registros de la práctica médica y sus elaboraciones teóricas, permite realizar otros tipos de estudios, como de epidemiología histórica, de demografía, y estudios que aclaran aspectos del funcionamiento de las instituciones y sugieren las características reales de la praxis clínica que no siempre coincidió con los paradigmas vigentes. Acordamos plenamente con Huertas (2001) pues las HC nos han permitido aunque brevemente conocer acerca de las figuras del hospital: Dirección, clero (Elsa), enfermeras (Elsa), enfermera caba (Marité), visitadora social (Marité), médicos psiquiatras, clínicos. Asimismo nos permitieron saber acerca de distintos actores involucrados y sus recíprocos pedidos: la policía, los juzgados civiles (Romina) (Marité), el INSM, otros hospitales, los curadores. Los sellados y encabezados de las notas formales nos permitieron ensayar una suerte de reconstrucción de las dependencias y sucesivas denominaciones del hospital.

Huertas (2001) plantea que las HC también permiten ver las estructuras tipo de las HC de cada momento histórico. Como hemos mencionado las HC tienen formularios pre-impresos que incluyen ciertos datos. Esos datos y el modo en que se completaban o se dejaban sin llenar se modificaron con los años. A principio de siglo por ejemplo el color de piel y la religión eran completados frecuentemente mientras que al pasar los años -si bien se continuó consignando el color hasta la década del 60- no eran tan usualmente completados.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Las expresiones de época también resultan significativas. Durante muchos años se completaba el ítem “colocada por” y ya hacia fines de los 60 se completaba tildaban opciones de “traída por” (familiares, otros desconocidos, policía). Hay una sutil variación entre el ítem diagnóstico (1951 Felisa) (1964 Tita) (1969 Gabriela), diagnóstico presuntivo (1961 NN) y aproximación diagnóstica (1969).

Según Huertas (2001) el primer alienismo hizo grandes esfuerzos por conseguir un estatuto médico y por ende tenía “grandes afanes nosográficos”, método anatomoclínico y la escritura de las HC respondían a tales intenciones con registros de observaciones y el desarrollo de una semiología psiquiátrica, registros de autopsia, detallados relatos de casos. El tipo de HC con que ejemplifica Huertas no es el habitual para las HC relevadas en Lomas. Sí había una sintomatología que se buscaba especialmente y se registraba (alucinaciones, juicio crítico disminuido, desorientación en tiempo y espacio, delirios) sin embargo los mismos no tenían mayor desarrollo. Resultan interesante a la luz de este planteo sólo dos registros más detallados de lo habitual de los años de la década del 20 en la HC de Elsa. En ellos un psiquiatra de Lomas registra sus pensamientos y dudas sobre el caso, registra qué le preguntan y qué responde y explicita su intencionalidad de arribar a “conclusiones pertinentes” (Elsa). Los registros posteriores de Elsa y de las otras siete HC relevadas (de ingresos posteriores) presentan registros escuetos y su frecuencia disminuye con el paso de los años llegando a ser semestrales -de hecho la HC de Elsa no tuvo registros entre 1950 y 1955. Además de ser infrecuentes, cuando aparecen registran muchas veces procedimientos clínicos (Clelia), lesiones por otras personas internadas que requieren sutura o cura (Marité), visitas, pedidos de informes de jueces (Romina), cartas de familiares (Elsa), o incluso muchas veces refieren a observaciones generales o de rutina que describen funciones básicas de la persona (ej: “levantada, tranquila”). Quizás ello se deba a que un Asilo de crónicas es un “hospital psiquiátrico” con particularidades.

Ahora bien, en los años 60 cualquier médico recibido podía atribuirse el nombre de psiquiatra. Los salarios que tenían eran muy bajos, tanto que muchos tenían otros trabajos para mantenerse (Bermann G, 1965). Según los cálculos realizados (Bermann G, 1965) considerando todos los profesionales médicos en 1957, la proporción era de 171 personas internadas por cada médico. Ante tal proporción cabe preguntarse ¿Qué llevaba a un médico a evolucionar una HC? De acuerdo al análisis de las HC mencionaremos una hipótesis acerca de los desencadenantes de escritura. Consideramos que los organizadores de la escritura de las HC -en tanto “disparadores”- eran los pedidos de informes de Juzgados y otras instituciones

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

gubernamentales, las cartas de familiares (Tita) (Elsa), las visitas, los eventos de excitación/violencia/mal-comportamiento/fuga (Marité) (Tita) y los problemas clínicos que requirieran de procedimientos clínicos (Romina).

En el caso de cartas y pedidos de informe de jueces y registro de incapaces esta actualización de HC ocurrió con Elsa, Gabriela, Marité, Tita, NN y Romina. En dichas intervenciones o bien actualizaron el diagnóstico o bien caracterizaron el estado físico y mental de la persona.

En el caso de los problemas clínicos y/o de lesiones, de “agresividad”/“excitación” fueron acompañados de algún tipo de intervención como “lactoterapia” (Gabriela), “EES” (Clelia). Es notable que lo que predominantemente se registrara eran los procedimientos concretos sobre los cuerpos.

La HC de “Romina” quizás pueda darnos un buen ejemplo de muchas de las cuestiones que caracterizamos de las HC. Su HC contiene principalmente dos tipos de registros: problemas clínicos (erisipelas) y pedidos de certificados de supervivencia para cobrar una pensión. Había sido internada por una de sus hijas en el HNA (Dependiente de la Sociedad de Beneficencia), en 1945 debido a que hacía 7 años acusaba a sus hijos de robarla y hacía un año y medio tenía crisis de excitación, era coprolálica y había intentado agredir a su familia. Al internarla, le tomaron una fotografía, registraron su color de piel blanco, su edad, los síntomas, definieron su diagnóstico, consignaron su estado civil, su nacionalidad, sus años de residencia. En el ingreso la voz que se registró en la HC fue principalmente la de su hija. Luego se realizó una revisión clínica general y pasó a la sala de admisión. Como plantea Huertas en relación a la estructura de las HC esta es una primera parte descriptiva de la persona, sus vínculos previos a la internación y sus primeros síntomas. Luego comienza la parte de registros en la internación propiamente dicha. Al pasar unos meses de internación comenzaron a registrarse casi con exclusividad problemas clínicos y la posibilidad de trasladarla a “Lomas dada su cronicidad”. Ya en “Lomas” los registros de la HC de Romina continuaron describiendo sus problemas clínicos y los tratamientos recomendados para ello (1950). Entre 1951 y 1954 los registros llegaron como máximo a tres por año incluyendo las vacunas administradas, problemas clínicos y descripciones clínicas generales. En 1955 directamente no hubo registros.

Los pedidos de informe del Juez o del Registro de Incapaces son una oportunidad para el registro del diagnóstico que definieron los psiquiatras. Allí la estructura de respuesta es: a) diagnóstico y cuadro mental y b) estado físico. Por ejemplo “23-4-54 se c/ pedido de informes

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

juez en lo civil Dr. Albisetti cuadro mental: delirio alucinatorio persecutorio. Buen estado general” (Romina). Entre 1956 y 1969 los registros también son, casi en su totalidad, referidos a procedimientos y problemas clínicos y a pedidos de informe y de certificados de supervivencia, la respuesta a la ficha del censo de salud mental (1960) o se acompañaban del registro “es visitada”. Cuando se va acercando el desenlace de la muerte crece la frecuencia de registros de procedimientos clínicos y administración de medicamentos. Tuvo un problema pulmonar y a los pocos días falleció, en 1970.

Los registros de las HC (de frecuencia casi semestral en general y con períodos a veces mucho mayores) refieren notable y principalmente a procedimientos clínicos sobre el cuerpo o parecen desencadenarse a partir de un pedido de informe judicial o cartas de familiares. La respuesta a una carta o pedido de informe no tarda más de dos días en general mientras que los registros en HC pueden ser semestrales o incluso no haber registros por varios años en casos. Es notable que la escritura de las HC neuropsiquiátricas relevadas se desencadene por pedidos de información desde afuera del hospital y debido a problemas y/o a procedimientos clínico-médicos sobre el cuerpo. Encontramos escasos y escuetos registros de estado mental excepto que los solicitaran desde el exterior ¿Qué implicaba entonces la internación? ¿Qué función tenía?

“Lomas” nació como asilo de desahogo de crónicas del HNA (Departamento de Enfermería, 1998; Grimson, 1972). Sabemos que la proporción de médicos y trabajadores era insuficiente. Si el asilo funcionaba como lugar de encierro y los ingresos y egresos, en general, eran solicitados por familiares (avalados por jueces o certificados médicos) ¿Por qué los registros no serían eminentemente de procedimientos y problemas clínicos de personas que quedaban internadas allí en su gran mayoría hasta el final de su vida? ¿por qué no respuestas a quienes solicitan las internaciones?. Profundizaremos sobre esta particularidad en el apartado “Matar con la indiferencia ¿Cuándo mata más?”.

Consideramos –sin negar las enormes particularidades- los pedidos de informes, las visitas y cartas de familiares como un esbozo de tercero de la Ley a la manera en que lo proponía F. Ulloa (1995). El tercero de apelación o tercero de la ley (puede ser una normativa, o quien exija se cumpla, un juez, un familiar que interceda) funciona como límite en una situación de asimetría en tanto reintroduce la regulación en el vínculo. Cabe reflexionar acerca de la particularidad de este en la internación. Este tercero aparece cuando lo considera, las personas internadas no podían llamarlo y convocarlo, en el sentido de nombrarlo y traerlo como regulador. Ahora bien, la mera existencia de un otro que aunque sea interpele a una

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

institución manicomial cuya lógica de intervención resulta objetivante (ver apartado siguiente) puede pensarse operando como límite y como obligación de dar respuesta por las prácticas sobre una persona³⁷.

11.2 Introducción a los cuatro momentos

Hemos delimitado cuatro momentos en el Asilo de Lomas. Entre ellos existen continuidades pero también cambios o novedades. Los mismos fueron delineados a partir de un análisis cuantitativo de HC y de la reconstrucción de ocho recorridos de internación. En base a las preguntas surgidas de este análisis ampliamos el foco y caracterizamos los contextos económico políticos e institucionales en que dichos procesos ocurrieron. Consideramos que la historia del hospital, los debates en salud mental, el marco económico político no son separables de los recorridos singulares de internación, sino que forman los entramados que delimitan los límites de lo posible de una época y la materia prima de las particularidades que adquieren los procesos salud enfermedad atención en un momento. Debido a esto hemos pensado cada uno de estos momentos desde el triple eje propuesto por nuestro marco teórico (nivel macro, meso y micro).

Cabe mencionar si bien nuestra tesis se interesa por el período 1957-1971 nos extendimos en el tiempo hasta la fundación de “Lomas” en 1908 debido a que las HC de las fallecidas en el período en estudio tenían registros de principio de siglo y porque consideramos que el crecimiento de fallecimientos no puede entenderse sin tener en cuenta los años de internación y las condiciones de vida que tuvieron las personas internadas antes de arribar a este período en el que fallecieron.

11.2.1 Un Asilo de crónicas. Moral (1908-1946) y shock (1946-1956).

Desde el nacimiento del Asilo de Lomas (1908) como lugar de derivación de crónicas del HNA (origen que no parece borrarse aún en 1971) es posible vislumbrar en las HC vestigios del tratamiento moral, condiciones de higiene deficientes que se reflejan en variados problemas clínicos. Al llegar a los años de la década de los 40 la novedad es la incorporación de las terapias de choque. Dividimos este primer momento -previo al período de estudio de

³⁷ La legislación actual, en particular la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010 exige, en los casos de internaciones involuntarias, revisiones periódicas de la necesidad de la medida por parte de un juez y la presencia de un abogado que defienda la palabra de la persona internada, es decir que, de alguna manera intenta legalmente garantizarlo. Su aplicación sería otra discusión.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

esta tesis- en dos sub-momentos debido a que el primero de los dos es fundacional de “Lomas” y el segundo marca su independencia del HNA y la incorporación de las terapias de choque. Sin embargo, son más las similitudes que las diferencias.

11.2.1.1 Vestigios de tratamiento moral. Crónicas e inmigrantes (1908-1946).

Dedicaremos especial atención a este momento debido a que es fundacional del “Asilo de Lomas”. Pensamos que su posterior devenir, así como los recorridos de internación que allí se suceden, están teñidos por este nacimiento.

La mitad de las personas fallecidas en Lomas en el período de estudio eran inmigrantes. A principio de siglo y al menos hasta 1918 más de la mitad de las mujeres que ingresaron al manicomio³⁸ eran europeas (españolas e italianas casi en su totalidad). Si bien esa preeminencia de europeas se mantuvo, fue disminuyendo con los años. Nos preguntamos ¿Por qué tantas inmigrantes?

Entre los recorridos analizados en profundidad, el que permite conocer algunas particularidades de las primeras dos décadas del siglo XX es el de Elsa. Elsa era una mujer española que había llegado a la Argentina a los veinticinco años justo antes del inicio de la I Guerra Mundial. En 1918, dos días después de una “crisis de excitación psicomotriz” debida a “digustos amorosos”, había sido internada en el HNA. Su internación tiene elementos del tratamiento moral de P. Pinel centrado en la corrección de conductas desadaptadas y en el trabajo. Elsa era “sirvienta” en una casa de Buenos Aires, ciudad del puerto al que arribó. En su primer ingreso los registros eran escuetos y descriptivos de su estado. Tuvo una breve “alta a prueba a pedido de familiares” el mismo año que fue internada. Luego de su re-ingreso se notó que tenía “tendencia a la fuga” y se instalaron en su historia escuetos registros bimestrales/trimestrales acerca de su estado físico (“bueno”, “regular”), su alimentación y dormir (“come y duerme bien”), su estado mental (“no varía”) y algunos síntomas (“risas inmotivadas”, “fobia”, “despreocupada de su persona”). Elsa no volvió a salir más que para ser trasladada a “Lomas” a posteriori de un registro de “irónica”. Sólo tres registros de su HC son detallados y refieren al comportamiento y la valoración que aparentemente hacen de ella los médicos: “simpática”, “irónica”, “desafiante”. En muy pocas oportunidades se registró su voz. Una de esas pocas veces registraron que respondía a las preguntas de un interrogatorio con una frase: “ya lo sabe Ud.” Si el registro de su decir no era habitual ¿A qué se debía ese registro?

³⁸ Y fallecieron entre 1957-1971.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Con los años se volvió -por momentos- “agresiva”. Los registros aún más espaciados en el tiempo referían a las mismas descripciones generales de su rutina (“duerme”, “come”, “levantada”, “tranquila”). Sumado a ello se observaba si trabajaba o no, si colaboraba o no en el pabellón. Falleció en 1967 a los 78 años de edad. El registro de tratamiento que hallamos en su HC consignado como una prescripción es el de “baños”. También le realizaron terapia por fiebre con vacunas. De las características más frecuentemente registradas podemos mencionar la llamada “tranquilidad” o “excitación”. Los registros de trabajo y comportamiento a corregir si bien figuran, son menos usuales que las descripciones de su estado general. Por ello hablamos de “vestigios” de tratamiento moral puesto que “Lomas” tenía más características asilares que terapéuticas. Otro elemento es que Elsa dijo haber sido maltratada por el clero y haber sido golpeada en la cabeza.

Hasta el siglo XVI la locura no se asociaba al encierro, aunque sí se hallaba separada de la vida social (Galende, 1990). Algunos de los hechos que prepararon el “Gran Encierro” fueron una gran crisis económica en Europa con miles de mendigos deambulando por las campiñas y dirigiéndose a la ciudad; la creación de las primeras asociaciones obreras en Francia y la contrarreforma que asumió como tarea de la fe cristiana la caridad, la relación asistencial (Foucault, 2012). Ya con el clima de segregación instalado por las instituciones de asistencia del clero fue que se creó el “Hospital General” (1656), o tal como lo denominó Foucault, el “Gran encierro” (Foucault, 2012). Allí se encerró a vagabundos, pobres, locos y a todos aquellos que se negaran a trabajar. Dicha institución no era médica, sino de control, policial y de caridad. El sujeto de dicha práctica era un sujeto moral y las prácticas religiosas eran centrales. Si la sociedad feudal enviaba a sus locos más “peligrosos” a la naturaleza o los alejaba de la ciudad, el capitalismo impuso sus condiciones de normalidad y desviación y encerró a la locura junto con todo lo que le resultara inútil, improductivo -por ende inmoral- o promoviera la rebeldía (Galende, 1990). La razón y el trabajo quedaron asociados, así como la locura, la ociosidad y lo improductivo en la vereda opuesta. A los encerrados se los puso a trabajar para “resocializarlos”. Cuando el humanismo médico llegó a atender a los “locos” en el siglo XVIII ya los encontró encerrados, en una relación de “asistencia” y mantuvo la mirada “moral de la familia burguesa”. Se instaló un espacio social de la locura asociado a la no razón, a la “animalidad” de los “locos”. Esa animalidad es la que el tratamiento moral se dispuso a corregir o domar³⁹. En cuanto al tratamiento la propuesta era el aislamiento, un

³⁹ Con la Revolución Francesa creció la contradicción entre el encierro y la reivindicación de los derechos del hombre: la libertad como derecho inalienable del hombre tensionada por la protección de la sociedad y su razón.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

sistema de amenazas, castigos y recompensas. Con el psiquiatra J. Esquirol – discípulo de Pinel- se comenzó a dejar a atrás el tratamiento moral por otros menos paternalistas y más “médicos”; la custodia se pensó como tratamiento médico (Galende, 1990) y la locura como enfermedad.

A partir de lo antedicho quedaron expresados cuatro temas centrales vinculados al encierro: crisis económica y pobreza, temor a la organización obrera, centralidad de la caridad y asistencia eclesiástica, foco en la productividad del trabajo. Esos elementos se re-editaron y recombinaron en la Argentina de fin del siglo XIX y principios del XX: organización de trabajadores, influencia del anarquismo llegado con los inmigrantes, preponderancia del clero y de la beneficencia y preeminencia otorgada al trabajo como indicador de salud o enfermedad.

Los datos demográficos de nuestro país muestran cómo creció la población Argentina desde en el censo de 1869 y hasta el de 1914 (INDEC, 1973). Es en esos años que se produjo el ingreso de grandes masas migratorias de ultramar que en 1914 hizo que casi el 30 % de la población del país fuera inmigrante. Según el historiador F. Devoto (2009) entre 1881 y 1914 llegaron a la Argentina 4.200.000 personas, entre ellos 2.000.000 de italianos y 1.400.000 de españoles. El punto máximo de la segunda oleada inmigratoria⁴⁰ se dio antes de la I Guerra Mundial, en 1912 (Devoto, 2009).

La elite de fines del siglo XIX y principio del siglo XX consideró que la inmigración sería promotora del desarrollo económico y social a través del incremento de producción agrícola y ganadera y a través de la “gestación de una masa de población con hábitos de disciplina y trabajo” (Pacceca, Courtis, 2008, p.9). Estos intereses se veían plasmados en la Constitución Nacional de 1853 y en la Ley N° 817 de Inmigración y Colonización de 1876. Tal era la proporción de inmigrantes en el país que los formularios pre-impresos de las admisiones de internación en el HNA incluían dentro de los datos generales de la persona el ítem “Años de residencia”. Asimismo la Ley 817/1876 utilizaba un término que también compartía con los formularios pre-impresos de las HC. La Ley de Colonización e Inmigración hablaba de “colocación de los inmigrantes” y los formularios de la admisión de las HC entre

Así nacieron disposiciones en Francia para separar a los locos de los delincuentes y de los pobres: se definió que los locos son seres irracionales -por ende, no podrían ser libres-, se creó el chaleco de fuerza (medida política en tanto permite deambular “sin peligro de atacar a otros”), se dispuso la triple certificación para la internación y se legisló la pérdida de los derechos civiles y políticos de los alienados.

⁴⁰ La anterior fue previa a 1890.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

sus datos pre-configurados incluían el ítem “colocada por”. En el caso de Elsa registraba cinco “años de residencia” pero no estaba escrito quién la “colocó”⁴¹.

Según F. Devoto (2009) el Estado Nacional tenía la intención de construir una identidad nacional en un contexto de crecimiento proporcional de inmigrantes y de conflictividad laboral. Debido a la consolidación del latifundio, muchos inmigrantes se quedaron hacinados en las ciudades y viviendo en conventillos. La creciente urbanización trajo aparejadas discusiones acerca de las costumbres, el ideal de vida, la prostitución, fenómenos que se convirtieron en objetos científicos con cierto afán de eugenesia social.

Es justamente en los primeros años del siglo XX que estalló la “cuestión social” entendida como la tensión entre una proclamación de derechos y libertades jurídicas y la situación económica y social de desigualdad, en el marco de la introducción al mercado capitalista mundial. Se la vinculó a diversos fenómenos como la criminalidad, la marginalidad, el alcoholismo, la prostitución, los conflictos obreros y el anarquismo. M. Cané destacó como problema el hecho de que el espíritu de las masas inmigrantes exaltaba la “quietud del espíritu” de los “moradores de estas comarcas” (Vezzetti, 1985). Su texto “Expulsión de extranjeros” de 1899 según Vezzetti (1985) sería una fundamentación del proyecto de la Ley de Residencia (N°4.144/1902).

El movimiento obrero recibió la influencia de ideas anarquistas europeas y en 1902 se produjo la primera huelga general y la creación de la FOA (Federación Obrera Argentina). Dichos procesos fueron estrechamente identificados con la inmigración europea y dieron lugar a la ya mencionada Ley de Residencia que habilitaba la expulsión sin intervención judicial de todo extranjero que hubiera sido condenado por delitos comunes o cuya conducta comprometiera la seguridad nacional o perturbara el orden público.

La influencia del positivismo médico en la propuesta selectiva de inmigrantes era destacada. Había permeado la teoría del médico criminólogo italiano C. Lombroso acerca de la relación entre anarquismo y criminalidad (Vezzetti, 1985). La influencia de sus teorías puede verse en las mediciones de cráneos, observaciones de distintas partes del rostro y cuerpo y en la producción de caracterizaciones fenotípicas vinculadas a cierto tipo de conductas criminales. Según Vezzetti, Lombroso diferenciaba a los anarquistas con ideales

⁴¹ La Ley de Inmigración y Colonización define a los inmigrantes como “... todo extranjero, jornalero, artesano, industrial, agricultor o profesor que siendo menor de sesenta años y acreditando su moralidad y sus aptitudes llegase a la República para establecerse en ella, en buques a vapor o a vela, pagando pasaje de segunda o tercera clase, o teniendo el viaje pagado por cuenta de la Nación, de las provincias o de las empresas particulares protectoras de la inmigración y la colonización” (Ley 817/1876)

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

altruistas (aunque con métodos que rechazaba por violentos) de aquellos cuyas personalidades consideraba afín a los alienados-delincuentes. En esa misma línea el médico criminólogo J. Ingenieros profundizó tal diferenciación entre anarquistas intelectuales y “cierta escoria carcelaria que se titula de igual modo” (Vezzetti, 1985, p.215). La craneometría figuraba entre los ítems pre-impresos de los “cuadros nosológicos”⁴² de principio de siglo XX. En la HC de Elsa, el ítem pre-configurado “craniometría” no fue completado, sí su “color”, era “blanca”.

El manicomio nació ligado al control social de los Estados modernos en conformación. Encerró y se propuso corregir las conductas consideradas improductivas, desafiantes, no dóciles o inapropiadas para su medio. Este momento fundacional se caracteriza por el ingreso notable de inmigrantes al HNA que años después fueron derivadas a su asilo de “desagote” de crónicas (“Lomas”). Dicho Asilo había sido creado a instancias de la Sociedad de Beneficencia en 1908 para aliviar el hacinamiento en el HNA. Esto lo habían hecho en colaboración con las “Hermanas del Huerto”, de allí la notable presencia del clero que continuó al menos hasta 1971. Decimos “desagote” debido a que hallamos en diversos documentos así como en los registros de HC que las mujeres cronificadas en el HNA eran derivadas a “Lomas” desocupando lugares, “por su cronicidad”, que podrían ocupar mujeres que ingresaran con cuadros agudos. Esto ocurrió en un contexto de crecimiento de la curva migratoria, de luchas de trabajadores. En el recorrido de Elsa como ejemplo de trabajadora inmigrante internada es posible pensar que vivía cierto desarraigo y labilidad en los vínculos. De ella se registró si trabajaba o no, si era irónica, pueril, es decir descripciones vinculadas al tratamiento moral. La mirada moral vinculada al trabajo como indicador de salud o enfermedad siguió presente incluso hasta 1971. Las mujeres trabajaron en los “quehaceres del pabellón”, en la huerta/quinta (donde se producía alimento que se consumía en el Asilo), en el lavadero, en el costurero, planchaban camisas y recibían un muy modesto peculio por su trabajo (no sabemos si lo recibían siempre ni en tiempo y forma). Excepto en el último caso en que aparentemente era trabajo para una línea de colectivos, los demás trabajos eran de “mantenimiento” interno del Asilo. Hasta 1971 esta mirada sobre comportamientos a corregir continuó vigente y encontramos registros que la ejemplifican en tanto comportamiento a corregir, o en tanto disposición a trabajar en siete de las ocho HC. Algunos de ellos fueron: “peleadora” (Marité), “conducta anormal e inmoral” (Marité), “protestadora” (Marité), “protestadora pero dócil” (Tita), “desobediente” (Marité), “pegajosa” (Marité), “agresiva”

⁴² Nombre que tenían los documentos que posteriormente fueron nominados “Historia clínica”.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

(Marité), “no colabora para nada en las tareas del pabellón”(Elsa), “no realiza ninguna tarea de utilidad” (Tita), “no se ocupa en nada” (Felisa) (Tita), “inadaptada al medio familiar y general” (Marité), “sucia” (Felisa), “irónica” (Elsa), “desafiante” (Elsa), “caprichosa” (Elsa), “autoritaria” (Elsa), “destructora” (Elsa), “escasa ropa” (Gabriela), “pueril” (Elsa).

Hacia 1931, el psiquiatra argentino a cargo de la Dirección del Hospicio de las Mercedes, G. Bosch planteaba que los “establecimientos manicomiales” existentes no alcanzaban para todos los alienados del país y empeoraba tal panorama el hecho de que no era sólo un problema de cantidad de camas sino que una vez internada una persona pudiera tener asistencia de acuerdo a sus necesidades. Bosch describía el estado de los manicomios para esos años como de insuficiencias, miserias y organización primitiva y a la psiquiatría como profundamente alejada de la medicina general, de sus métodos, conocimientos. Describe el estado del Hospicio de las Mercedes para 1931: ocho médicos internos para 2300 internados, un enfermero cada 33 internados, carecía de higiene, tenía personas durmiendo en el piso, era insuficiente la cantidad de ropa, mala alimentación e inexistencia de una selección, distribución de enfermos. En ese sentido es concluyente planteando que dicho establecimiento no era un hospital sino un hospicio y lo describe utilizando las palabras de Esquirol hacia 1818 (más de un siglo antes): pacientes desnudos, en el suelo, “sin las cosas más necesarias para la vida” (Esquirol 1818 apud G Bosch, 1931, p.11).

En la década del 30 la particularidad que hallamos es el crecimiento en el número de internaciones de personas -que fallecieron entre 1957 y 1971-. Consideramos que tal fenómeno no puede entenderse por fuera del contexto económico-político-social inaugurado por la crisis económica del 30.

11.2.1.2 Autonomía del HNA. Shocks. Agua de Alibour (1946- 1956).

*“Los médicos me aplicaron el electroshock (...) Y ciertamente parece que me hizo bien.
Hace años que no me resfrío”
J. Fijman (2005)*

Este sub momento da cuenta de los años previos a la visibilización de la necesidad de la existencia de un INSM y coincide -a grandes rasgos- con los dos primeros gobiernos peronistas. Hemos delimitado este sub momento considerando que en 1946 el Asilo de Lomas dejó de depender del HNA (Grimson, 1972) y elegimos 1956 como límite debido a que en 1957 se creó el INSM. Este apartado explicitará más claramente las condiciones de vida en

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

“Lomas” y los problemas clínicos recurrentes de las personas internadas. Anteriormente a este momento el Director del Anexo de Lomas era compartido con el HNA.

La cantidad de ingresos⁴³ de estos años (1946-1956) es menor que las ocurridas en los años de las décadas 30 y del 60. Aunque “Lomas” ya era independiente del HNA, aparentemente este continuó siendo la principal vía de ingreso al menos hasta 1953.

En las HC analizadas en profundidad si bien hay grandes continuidades con el momento anterior (registro de procedimientos y problemas clínicos, aplicación de vacunas como tratamiento por fiebre, certificados en el ingreso, fotografía al ingresar) una de las novedades fue la aparición de los tratamientos por shock (eléctrico, cardiazólico). También se registró el uso de “sedantes”, “hipnóticos”, “chaleco”, “contención”, “vacunas” y “lactoterapia”. Durante estos años es que hallamos mayor frecuencia de registro de chaleco en las HC analizadas en profundidad. La revolución psicofarmacológica ya estaba en curso en el mundo occidental pero el primer registro que hallamos en las ocho HC analizadas en profundidad es hacia el fin de este momento y principio del siguiente (ampolla de Ampliactil en 1956).

En el período 1950-1955 en las HC analizadas en profundidad los registros son escasos o inexistentes (Clelia) (Elsa) (Romina) y refieren casi exclusivamente a problemas clínico médicos (erisipelas, heridas contusas).

En un nivel de recorridos de internación, “Clelia” estuvo internada desde 1946 y hasta que falleció en 1959. Su HC casi no tiene registros referidos a sus problemas psiquiátricos a excepción de su entrevista de admisión (donde se registró lo que decía su marido) y sus posteriores reingresos. Su HC es una sucesión de diarreas, erisipelas y problemas en los ojos. En cuanto a sus ingresos hay dos oportunidades (una en 1946 y otra en 1951) en que ingresó con “exceso de sedantes” y no hubo anamnesis, sólo diálogo con el esposo (“No es posible practicar el interrogatorio”). Dichas internaciones se realizaron sin escuchar ni revisar a la persona, sólo con los relatos del familiar.

Otro recorrido que da cuenta de este período es el de “Felisa”, quien fue internada en 1951 por su madre en el HNA. Era soltera y tenía 42 años. No respondió al “interrogatorio” y durante su internación registraron que “no se ocupa de nada”. Asociado a ese registro le realizaron diez shocks de Cardiazol en sus primeros meses de internación. Tuvo un flemón en el cuero cabelludo y una vez que resolvieron dicho problema la trasladaron al “Hospital

⁴³ de personas fallecidas entre 1957-1971.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Neuropsiquiátrico de Lomas”. En “Lomas” se acentuó la escasez de registros los cuales se refirieron a problemas clínicos de la piel (infecciones o heridas) y gastroenterológicos. Su HC se abocó a prescribir fomentaciones con “Agua de Alibour”, administración de “Penicilina”, “cura plana” de heridas y “drenaje” del flemón.

Las enfermedades de la piel que tuvo Felisa (como tuvieron muchas de las mujeres internadas) -en general infecciones que aparentemente nunca terminaron de resolverse, como un flemón en cuero cabelludo, heridas contusas infectadas- probablemente connoten un estado de higiene por lo menos precario. Sería interesante haber podido saber cómo eran las duchas del hospital, cómo era el sistema del lavadero, qué medidas de higiene se implementaban y cuáles no. Si miráramos exclusivamente una HC podríamos pensar que una persona aisladamente desarrolló problemas en la piel, o tuvo diarreas (aparentes problemas simples). La epidemiología crítica (Breilh, 2009) nos permite pensar en un problema complejo al cambiar la unidad de análisis y articular niveles de análisis jerarquizados.

La neumopatía que llevó a Felisa a la muerte se desarrolló en invierno, estación del año donde falleció un tercio de las mujeres del período. También sería interesante saber si contaban con algún tipo de calefacción, en qué estado estaban los edificios, las ventanas, cómo se organizaba la asistencia de clínica médica. Sabemos que el tendido de gas fue posterior a 1971 y que la proporción de médicos era inferior a uno cada 170 personas internadas ahora bien, ¿esa cantidad incluía a los clínicos? ¿Con cuántos médicos clínicos contaba el Asilo de Lomas en esos años? ¿Hubiese sido distinta la suerte de Felisa si hubiese podido ser atendida en un hospital general? ¿Qué ocurría en “Lomas” por esos años?

En 1946 “Lomas” se independizó del HNA. Su primer Director, el Dr. Clodomiro Bellelli, hombre afín al peronismo, se mantuvo en esta función por más de siete años habiendo asumido en 1947. Bellelli habría dejado tal función en 1955, año del Golpe a J D Perón. En el “Lomas” de los años 40 había más de 3100 personas internadas y por “mayores presupuestos enviados por la gobernación” se habían mejorado las instalaciones y construido dos salas (Departamento de Enfermería, 1998, p1). Se había construido también el muro de dos metros que rodeaba al Hospital (Grimson, 1972). Esos años se solicitaron “aparatos de electroshock”, una electrobomba y se llamó a concurso para el cargo de director, de jefe de clínica psiquiátrica y de jefe de farmacia (AGN, 1999). En estos años perdió injerencia la Sociedad de Beneficencia.

¿A qué políticas públicas respondían estas modificaciones? Acuña y Chudnovsky (2002) caracterizan el período 1945-1955 del sector salud como de “modelo centralizado” con

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

una idea de que la salud era responsabilidad del Estado y por ende se expandió la cobertura sanitaria. A nivel organigrama se pasó del Departamento de Higiene a la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. A posteriori en 1946 se creó la Secretaría de Salud Pública y en 1949 ya directamente se estableció el Ministerio de Salud Pública. En este período se produjo un importante crecimiento de los servicios públicos. Se instalaron nuevos hospitales y centros médicos ambulatorios a la vez que se incrementó el número de empleados afectados al Ministerio de Salud Pública y de camas hospitalarias⁴⁴. En materia de Salud Mental el plan de Carrillo intentó solucionar problemas como la capacidad hospitalaria, la coordinación entre jurisdicciones y por ende se construyeron nuevos hospicios pabellonados, se propuso una clasificación de las enfermedades mentales y un sistema funcional de los hospitales psiquiátricos para coordinar acciones, sistematizar la asistencia y hasta para las construcciones hospitalarias (“organización edilicia racional según el diagnóstico”) (Carpintero & Vainer, 2004). Sin embargo el deterioro de la situación en los hospitales psiquiátricos se mantuvo. Continuaban siendo “deplorables el presupuesto, la atención y el estado de los pacientes internados” (Carpintero & Vainer, 2004, p.66; Stagnaro, 2006).

La Revista Acta Neuro-psiquiátrica Argentina denunciaría en 1959 que luego de la época de D. Cabred por tres décadas había sobrevenido en el mundo de la asistencia psiquiátrica un estancamiento, un grave retroceso e incluso “un lamentable abandono” (Editorial Acta Neuro-psiquiátrica Argentina, 1959, p. 1). Tales deficiencias “de todo orden” (Bermann G, 1965) se habrían agravado desde 1930 como “consecuencia de un proceso de descomposición social y política” del país (Bardeci, Sorretino, 1959, p. 89) y no pueden dejar de considerarse al proponer una lectura de la cantidad de registros de problemas clínicos no resueltos y producidos probablemente por condiciones de higiene y alimentación insuficientes.

Particularmente en relación a las HC nos llamaba la atención la falta de registros entre 1950 y 1955. Por eso nos preguntamos ¿Qué ocurría en nuestro país en ese momento? Para el censo de la Argentina de 1947 (el siguiente recién corresponde a 1960) el índice urbano era del 62,5% (INDEC, 1973) y el analfabetismo llegaba al 13,6%. A partir de 1949 el modelo industrialista y redistributivo había comenzado a sufrir dificultades que se agravaron hacia

⁴⁴ El crecimiento del número de camas hospitalarias del sector público fue considerable: de las 63.000 existentes en 1946 se avanzó a 108.000 en 1955 (Isuani y Mercer, 1985). En suma, la gran capacidad asistencial instalada durante el gobierno peronista expresaba un sector público que había hecho de la atención médica uno de sus principales instrumentos de legitimación. Este crecimiento y centralización habría generado una gran dependencia del sector del presupuesto nacional.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

1952. La fase expansiva del modelo de sustitución de importaciones se detuvo. El ingreso de divisas por exportaciones fue menor, disminuyó el volumen de productos exportables, se restringieron las importaciones, decayó la producción industrial y se generó inflación. Por ende el Segunda Plan Quinquenal tuvo un programa de estabilización y mayor austeridad. Con su plan se intentó contener la inflación y aumentar la producción vía reducción del consumo popular, congelamiento de precios y salarios, recorte de gastos del Estado, incentivos a la producción y a la exportación agropecuaria, apertura a la entrada de capitales extranjeros. Contribuyó a esta aplicación la alianza con los Sindicatos (Rapoport, 2000).

En suma, en un contexto de cambios institucionales que implicaron modificaciones en la dependencia y la asunción de un Director exclusivo para “Lomas”, de alejamiento de la Sociedad de Beneficencia y creación de la Secretaría de Salud Pública y de un segundo gobierno peronista con ciertos recortes de gastos del Estado, hubo una merma en los registros.

Desde mediados de los años 50 los ingresos a “Lomas” ya no fueron tan habitualmente trasladados desde el HNA (como sí lo eran con anterioridad). Los años 50 tuvieron una cantidad de ingresos menor que los 40 y los 60 y es posible que comenzara a cambiar el circuito de ingreso por aquellos años considerando la autonomía del Hospital. También es posible que se tardara algunos años para que modificara su imagen de establecimiento de desagote del HNA y pasara a ser considerado un hospital independiente de aquel y por ende con posibilidad de admitir internaciones sin derivación.

La baja proporción de trabajadores, las condiciones de higiene deficientes, el tratamiento con vacunas y electroshock, los registros de frecuencia casi semestral referidos a procedimientos y el valor degradado de la palabra de las personas internadas continuarán en el siguiente momento.

Las innovaciones del siguiente momento referirán a la introducción de los psicofármacos en los tratamientos, a la merma de auxiliares técnicos, congelamiento de vacantes y se producirá el pico de fallecimiento del siglo.

11.2.2 Escasa formación, psicofármacos y ajuste (1957-1959).

“En los años cincuenta... se va definiendo el nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo...”
E. Galende (1990)

Hemos elegido dos puntos como límite para este segundo momento. 1957 por ser el año de creación del INSM y 1959 por ser el año que más muertes concentró en el siglo. Esta

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

aparente paradoja entre la creación de un Instituto específico de salud mental y el crecimiento de muertes recorrerá este apartado.

Como planteamos en 1959 se produjo el pico máximo de fallecimientos del siglo XX. Según los datos presentados fue un pico eminentemente de personas cronificadas. Una de las novedades en las HC de este momento es la inclusión de psicofármacos antipsicóticos como por ejemplo el “Ampliacetil”. Este es el nombre comercial de la Clorpromazina un antipsicótico neuroléptico “descubierto” en 1952. Estos fármacos permitieron comenzar a pensar otros tratamientos posibles en salud mental por fuera del encierro. No consideramos que esto implique un reemplazo de un tratamiento por otro sino que a partir de dicha incorporación se hacen menos frecuentes algunos métodos (se continuó practicando electroshock y piritoterapia por ejemplo).

Clelia es una de las 215 fallecidas de 1959. Era argentina, “blanca”, ama de casa, la habían internado en 1946 a los 43 años. Inicialmente estuvo “contenida” (fines de los 40) por su “excitación psicomotriz”, años después le aplicaron electroshock (principio de los 50) y hacia fines de los 50 le aplicaron Ampliacetil. Para 1957 comenzó con diarreas y meses después padeció enfriamientos en las piernas que se le pusieron moradas. Aparentemente le recetaron un medicamento que estaba faltante en la farmacia del hospital. En sus años de internación mayoritariamente se repitieron problemas clínicos que no terminaron de resolverse. En 1959 falleció a los 56 años. No se registró la causa pero tenía deposiciones diarreicas desde hacía por lo menos tres meses.

La falta del medicamento mencionada, el tipo de problemas clínicos parecieran dar cuenta de un hospital que continuaba con condiciones de higiene deficientes y de una atención que pareciera continuar restringida. En 1958 “Lomas” pasó a depender del INSM. Este dato resulta curioso considerando que el pico de muertes más grande del siglo se produjo en el año inmediatamente posterior. En 1958 también asumió como Director Médico el Dr. Lorenzo Magliolo que se mantendría en dicho cargo hasta 1970 en que el hospital fue intervenido. En 1959 se fundó la Cooperadora del Hospital. Habría sido interesante conocer su mito de origen, porqué se la creó. Quizás vale la pregunta acerca del financiamiento. Nos preguntamos si tal creación no tenía relación con una falta o merma de presupuesto⁴⁵.

⁴⁵ Si bien excede este trabajo relevamos años de creación de cooperadoras de hospitales y hallamos que en esos años se crearon varias como por ejemplo la del Hospital. Tornú en 1957, la del Hospital. Fiorito en 1956, la del Hospital. de Mar del Plata 1957.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Según S. Bermann (1959), en “Lomas”, si se comparaba 1955 con 1957 venían disminuyendo las extracciones de sangre/orina por persona internada, se había duplicado el promedio de inyecciones por enfermo, se había reducido a un tercio del promedio de recetas por persona internada, había crecido el porcentajes de fallecidos según egresos llegando a 37,3 fallecimientos cada 100 egresos, había 171 personas internadas por cada profesional -cuya formación continuaba siendo escasa⁴⁶- y había caído notablemente la relación entre auxiliares y personas internadas a 36 por cada auxiliar.

¿Cómo puede ser que en un momento de gesta en lo que respecta a la salud mental hayan crecido los fallecimientos en un hospital psiquiátrico? ¿Es esto expresión del deterioro producido por el modelo manicomial previamente existente? ¿Qué ocurrió con el presupuesto? La enunciación de una política pública no implica necesariamente su inmediata aplicación. A su vez, al llevarse a la práctica, los efectos de las mismas en sectores como salud y educación suelen poder vislumbrarse a mediano y largo plazo. La creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) (Galende, 1990) durante un gobierno militar, el de P. E. Aramburu, vía el Decreto 12.628 del 11 de octubre de 1957, expresa las contradicciones de este proceso. Con este decreto se reemplazaba a la Dirección de Establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental. Este cambio en la denominación plantea al menos una crisis en los debates y prácticas en tanto se planteaba que la salud mental era más que la disciplina psiquiátrica y que las internaciones debían ser excepcionales dejando así en jaque al abordaje manicomial. El INSM se proponía más que una modernización de la psiquiatría, una revisión de los problemas de salud-enfermedad mental, del daño psíquico, de las condiciones de vida abriendo el campo así a aportes de las ciencias sociales y humanas. (Diamant, 2010). El Proyecto de Reglamentación Orgánico Funcional del INSM se diseñó considerando las recomendaciones de la OMS de transformar los hospitales neuropsiquiátricos en comunidades terapéuticas y por ende los dos núcleos centrales eran: a) privilegiar las comunidades terapéuticas en los hospitales psiquiátricos (entre las que se encontraba la del Hospital Esteves) y b) el “Plan Goldemberg” para la Capital Federal (creación de Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y centros periféricos de Salud Mental (Falcone, 2012).⁴⁷

⁴⁶ cualquier médico podía asumirse como especialista.

⁴⁷ Como parte central de este proceso, M. Goldemberg como director del servicio de salud mental del hospital Araoz Alfaro de Lanús extendió su asistencia a las prácticas comunitarias (Stolkiner, 2003) (Diamant, 2010) en los alrededores del hospital y marcó la perspectiva de una generación de profesionales de la salud mental formados en la prestigiosa experiencia del “Lanús”.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Con la creación del INSM se inició “un período renovador, pronto estancado por la falta de una reordenación radical, la carencia de recursos y las perturbaciones políticas” (Bermann G, 1965, p 113).

En estos años con el uso de psicofármacos y las nuevas orientaciones en la atención se procuró intervenir en la proporción de camas psiquiátricas sobre el total de camas y sobre la cronificación en hospitales. Según G. Bermann (1965) y S Bermann (1959) continuaba siendo insuficiente la cantidad y la formación de los psiquiatras como así la de personal auxiliar y de enfermería. En materia de asistencia psiquiátrica los establecimientos públicos para alienados hacia 1958 eran en general “internados de crónicos, aun cuando tengan servicios para agudos” (Bermann G, 1965, p. 100). La mitad de las camas del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública eran psiquiátricas mientras que entre las de consultas por primera vez las psiquiátricas no llegan al 1%. El perfil era de una asistencia preferentemente de crónicos. En aquel momento no existía a nivel país ninguna escuela de enfermería psiquiátrica (Bermann S, 1959), el número de enfermeros no alcanzaba a cubrir los turnos por lo que a menudo las personas internadas quedaban a cargo de sus compañeros/as de internación. Sus salarios eran insuficientes y se los consideraba subalternos de los médicos (Bermann S, 1959, p. 95). Para ese mismo año la editorial del Acta Neuropsiquiátrica planteaba que

(...) nuestras instituciones manicomiales (...) cayeron en el más lamentable abandono (...) Todos conocemos el estado en que hoy se hallan... más que hospitales –triste es reconocerlo- parecen monstruosos depósitos de locos. El problema resulta más chocante aún si se tiene en cuenta... el extraordinario avance que ha experimentado la psiquiatría en estos últimos cincuenta años (...) No es por azar que, en todo el mundo, son los hospitales destinados a enfermos mentales los que funcionan en peores condiciones. Pero es claro que estas dificultades económicas no bastan para explicar satisfactoriamente la divergencia surgida entre teoría y práctica en psiquiatría (Editorial Acta Neuro-psiquiátrica Argentina, 1959, p. 1).

Planteaban que la segregación de los diferentes, de los locos, los prejuicios en torno a la locura como enfermedad incurable, el encierro legitimado en una perspectiva patologizante eran centrales para pensar el estado de los manicomios. Por ende proponían que el INSM produjera una política tendiente a que la asistencia psiquiátrica no quedara centrada en los grandes hospitales neuropsiquiátricos, sino que se desplazara extramuros con actividades

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

preventivas donde la internación fuera excepcional (Acta Neuro-psiquiátrica Argentina, 1959, p. 2).

En lo referido a la situación epidemiológica en salud mental específicamente S. Bermann (1959) se preguntaba si en ese contexto no habría cabido volcar mayores esfuerzos hacia actividades extramanicomiales, en centros de salud, hospitales generales y actividades de prevención. A su vez planteaba que la distribución de esas camas en relación a la cantidad de población por provincia era muy desigual. Esta situación producía un desarraigo en las personas que debían trasladarse para ser asistidas, una elevada concentración de enfermos que disminuiría el nivel de asistencia, la dificultad para mantener vínculos con sus comunidades, las casi nulas oportunidades de ser externado y revinculado con sus familias y comunidades colaboran en la explicación de la cronificación de tales pacientes (Bermann S, 1959).

Carlos Bardeci y Juan Sorrentino (1959, p.89-93) planteaban que el INSM inicialmente habían contado con un presupuesto de 80 millones (10% para investigación, 10% para prevención) y ya para 1959 el Consejo Nacional habría presentado un proyecto al parlamento de aumento a 360 millones. Estos son años donde se profundizan las discusiones y luchas entre “manicomiales” y “antimanicomiales” y se configura un contexto de crisis institucional, de ideas, discursos y prácticas. En 1959 de hecho se fundó la Federación Argentina de Psiquiatras (Carpintero y Vainer, 2004) que cuestionaba profundamente los modelos de asistencia manicomiales y proponía una lectura social de los problemas de salud mental entre otras cuestiones que exceden este trabajo.

Dentro del naciente campo de la salud mental se reeditaban las discusiones en relación a las condiciones materiales de vida dentro de los hospicios, a los tratamientos y se iniciaba la discusión en torno al lugar social del manicomio. Las mismas se producían en el contexto del nacimiento de las políticas de salud mental cuando, al finalizar la Segunda Guerra Mundial ante el horror al nazismo y ante el cuestionamiento al orden instituido anteriormente presentado, en 1953 la Organización mundial de la Salud (OMS) había llamado a transformar los neuropsiquiátricos en comunidades terapéuticas. Según E. Galende (1990) una nueva:

(...) consciencia del poder invade el mundo. Su expresión más brutal por el nazismo y la guerra mundial, el surgimiento de la destrucción atómica, los exterminios en los campos de concentración hacen evidente la capacidad del hombre para dominar y destruir a otros hombres (...) La literatura alerta sobre esta condición del “hombre lobo del hombre” (...) En este contexto de horror y asombro por el poder desnudado, la comparación con el poder manicomial era

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

inevitable: ¿Cómo no vincular con campos de concentración, el exterminio nazi de los enfermos mentales con las condiciones de segregación y encierro que sustentan los asilos? (Galende, 1990, p. 140-141).

En este sentido Galende (1990) plantea que el horror de lo vivido en la guerra generó un crecimiento de las posiciones humanistas siendo que en el “resurgimiento intelectual de la posguerra, el conjunto de la inteligencia de Europa y EEUU se hacen progresistas” (Galende, 1990; p.142). Sumado a ello la cantidad de personas con secuelas psicológicas por la guerra, así como el desarrollo de la psicofarmacología dieron pie al nacimiento de las políticas de salud mental que tendieron a suprimir la internación prolongada (Galende, 1990; Stolkiner, 2003). A partir de ese momento se abrieron dos líneas de cuestionamiento a la psiquiatría clásica: una centrada en la exigencia de coherencia a la psiquiatría entre sus teorías y las prácticas concretas y otra que se preguntaba por el espacio social que ocupaba la institución psiquiátrica o, lo que es lo mismo, por qué era aceptado el manicomio como respuesta social ante determinadas circunstancias (Galende, 1990). Dentro de esta perspectiva se fueron desarrollando distintas experiencias que dieron cuenta de la crisis del paradigma de la psiquiatría tradicional. La crítica al manicomio se extendía y se creaban experiencias de transformación o sustitución⁴⁸.

En suma, en un contexto de gran cuestionamiento a la psiquiatría clásica en el mundo se creó -aunque bajo un gobierno de facto- el INSM. Ahora bien ¿Cómo es que en “Lomas” en ese mismo momento disminuía la presencia de personal auxiliar y se produjo el pico de muertes del siglo (cronificadas en 1959)? Estos procesos a nivel país se dieron en un clima de proscripción del peronismo, huelgas, inestabilidad política y peores condiciones para los trabajadores, y crecimiento de prácticas represivas. El golpe de 1955 bombardeó la plaza de Mayo, las FFAA intervinieron directamente sobre la población civil. Comenzó así una etapa de precaria estabilidad democrática alternada por sucesivos golpes militares. Fue un momento de gran convulsión social, signada por las huelgas de distintos sectores de trabajadores e inflación así como de deterioro del salario real. Mario Rapoport (2000) llama al período 1955-1966 como la “década de inestabilidad”⁴⁹. En cuanto a las condiciones de vida, con un

⁴⁸ Algunas de las experiencias a mencionar son: las comunidades terapéuticas en Inglaterra nacidas en los ´40-´50, la política del sector en Francia en los 50-60-70, la psiquiatría democrática en Italia nacida a fines de los 60 con Franco Basaglia, y la psiquiatría comunitaria en EEUU de los 60 (Galende, 1990).

⁴⁹ En 1955 triunfó un golpe de Estado al gobierno de Juan Domingo Perón encabezado por el Gral. Lonardi, representante de sectores católicos y nacionalistas. Perón se exilió y Lonardi asumió por tan sólo dos meses

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

movimiento sindical que debía desarrollarse en condiciones adversas, la distribución del ingreso fue desfavorable para los asalariados (Rapoport, 2000). Entre los peronistas se organizó la resistencia. Hubo huelgas severas, sabotaje de producción. Para 1956 se había producido una rebelión armada contra el gobierno encabezada por el Gral. J. Valle y apoyada por grupos civiles. La misma había sido aplastada, produciéndose cerca de mil arrestos e implantándose la ley marcial se había ejecutado a 38 civiles. Se profundizaba así un clima represivo.

En 1957 el gobierno convocó a una convención constituyente como paso previo a las elecciones presidenciales. Con el peronismo proscrito, los votos en blanco casi alcanzaron el 25%. Para la elección presidencial, A. Frondizi obtuvo un acuerdo con Perón que le permitió pasar a tener casi el 45% de los votos. Llegó al poder con cierta debilidad lo que lo obligó a actuar rápidamente en los primeros meses de su mandato. Frondizi en su “pacto” había prometido amnistiar a dirigentes peronistas, restablecer el orden sindical previo al gobierno militar y permitir que los peronistas pudieran participar de las siguientes elecciones. En 1958 ante una situación de crecimiento inflacionario y déficit de balanza de pagos, anunció un severo plan de “Estabilización y Desarrollo” condicionado a un acuerdo con el Fondo Monetario Internacional (Rapoport, 2000, p.556). En los hechos lo que ocurrió fue una fuerte devaluación, se liberaron los precios estableciéndose precios máximos sólo para bienes de primera necesidad. En esa línea realizó la llamada “reestructuración y racionalización del Estado” con la que se congelaron las vacantes y los salarios, se promovía el retiro voluntario, se reducía el plan de obras públicas. Este plan en materia de precios provocó un súbito incremento de la tasa de inflación que en 1959 llegó a los 129,5 % del índice de precios al consumidor. La participación de los asalariados en el ingreso nacional pasó del 46% al 38,7% de 1958 a 1959. La política de austeridad implementada en acuerdo con el FMI provocó una depresión económica hacia 1959 con una erosión del salario real que entre 1956 y 1959 descendieron un 31,3% siendo el plan de ajuste de 1959 el que produjo mayor impacto. En ese contexto el Ministro de Economía A. Alsogaray anunció al respecto que “hay que pasar el invierno” (La Prensa, 28-6-1959). Las huelgas en el sector petrolero, bancario entre otros, no se hicieron esperar. La represión tampoco (Rapoport, 2000).

sucedido por el Gral. Pedro E. Aramburu quien diciendo defender la democracia estaba decidido a eliminar todo vestigio peronista: intervino la CGT, disolvió el partido peronista, y la CGE, proscribió las actividades políticas peronistas, prohibió el uso de sus símbolos y arrestó a muchos de sus dirigentes. Ratificó al representante de los sectores ultra-liberales, Isaac Rojas, como vicepresidente y bajo consignas democratizantes se encubrió el retorno al liberalismo económico y social (Rapoport, 2000).

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Con una caída del salario real y un crecimiento de la inflación muy significativos ese mismo año se creó la Cooperadora de “Lomas”. Si bien no hemos encontrado una fuente que asegure que el hospital estaba desfinanciado todo indica que muy posiblemente lo estuviera.

Cabe recordar una investigación de Slavov Zizek (2010) quien mencionó una investigación de Cambridge y Yale de 2008 donde se estableció una correlación entre los préstamos del FMI y la incidencia de tuberculosis en países de Europa del Este. Dicha correlación se explicaba planteando que las exigencias de este organismo internacional implicaban reducir el gasto público que incluye el gasto en salud pública⁵⁰. De acuerdo a lo ocurrido en Lomas cabe destacar que el mismo año de la aplicación de un severo plan de “racionalización del Estado” condicionado a acuerdos con el Fondo Monetario Internacional se produjo el pico de fallecimientos del siglo. Considerando que se plantea que hubo congelamiento de vacantes, caídas de salarios reales y retiros voluntarios cabe preguntarnos por los insumos el hospital así como por la notable reducción de personal auxiliar que se había producido pasando de uno cada ocho personas internadas a uno cada treinta y seis.

Asimismo, en 1959 (ya habiendo triunfado la Revolución Cubana instalando en el continente el terror al avance del comunismo) Frondizi ante las diferentes medidas de fuerza organizadas por los sindicatos impuso el estado de sitio por el que fueron detenidos cientos de líderes gremiales y ejecutó el plan CONINTES (Comoción Interna del Estado) por el que se creaban sub-zonas en el país y se autorizaba a intervenir militarmente en las huelgas.

Acordamos con Chapireau (2007) quien alertó acerca de la mayor vulnerabilidad a la hambruna o procesos sociales a los que estaba afectada la población general pero que en los hospicios tenía efectos más drásticos por circunstancias preexistentes en términos de alimentación, higiene, personal a cargo. Creemos que el desgaste por años de manicomio ubica a estas personas “al filo de un barranco” y que se convierten en un grupo social más rápidamente afectable por procesos de ajuste económico o desfinanciamiento que la población general. S. Räsänen, Hakko, Viilo, Meyer-Rochow & Moringet al. (2007) alertan también sobre los escasos cuidados clínicos en manicomios. A juzgar por las infecciones y diarreas a repetición y sostenidas en el tiempo y por la insuficiente proporción de personal podemos tomar esta observación sobre la escasez de cuidados clínicos como parte de la explicación de la cantidad de muertes.

⁵⁰ También se sancionó la Ley de Radicación de Capitales (14.780) que complementada con la de Promoción Industrial (14.781) establecían que los capitales extranjeros gozaban de los mismos derechos que los nacionales eliminando cualquier limitación a la repatriación de utilidades y dividendos. (Rapoport, 2000).

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

En suma si ubicamos la inestabilidad política, el gran proceso inflacionario que degradó el salario real, el plan de ajuste económico de A. Alsogaray, las huelgas por salarios reales devaluados, el inicio de la aplicación del plan CONINTES, el congelamiento de vacantes y su aplicación en un hospital que ya venía con graves insuficiencias al respecto, la escasa formación de los trabajadores de salud mental en paralelo a la incorporación de los psicofármacos, la caída en el número de auxiliares técnicos en “Lomas”, las condiciones de higiene aparentemente insuficientes, es posible comprender el pico de fallecimientos de crónicas de 1959 a la luz de estos procesos y del desgaste de la salud de personas cronicadas en un manicomio. En este sentido acordamos con los planteos de Sy et al. (2015) y Lonjedo Monzo et al. (1991) acerca de que una de las dimensiones para comprender el crecimiento de fallecimientos en un neuropsiquiátrico es el de crisis institucional aunque pensamos que la misma es parte de procesos sociales macro que no pueden dejarse de lado. De este modo creemos que dicha crisis y las “falencias” institucionales son una materialización posible y particular de un clima de época económico-político como el descripto.

11.2.3 Los 60 cortos. Circuito de ingreso. (1960-1967)

1960 es el año en que creció notablemente la cantidad de fallecimientos de personas con menos de un año de internación en “Lomas” lo cual constituye una novedad. Los picos de fallecimientos de personas con menos de un año se produjeron en 1962 y 1967. El año 1967 fue elegido como corte del momento en tanto es el año en que se delineó un Plan Nacional de Salud Mental que impulsaría en el hospital una experiencia que le da características particulares al cuarto momento (el que sigue). Asimismo “Lomas” pasó a denominarse Hospital Nacional, estimamos que allí mismo le pusieron el nombre de José A. Esteves⁵¹.

Para estos años continuó la preeminencia de registros de procedimientos y problemas clínicos (entre suturas, cura plana y lavajes continuó la aplicación de vacunas antitíficas y se sumó la vacuna antituberculina) y continuaron muriendo personas cronicadas.

Para este momento en las HC revisadas en profundidad se hace más usual el registro de la labor del servicio de “asistencia social”. Creció la presencia de informes de dicho servicio, (Marité), hallamos que se les solicitaban visitas a domicilios de familiares de personas internadas o bien se les solicitaba comunicarse con familiares. Asimismo ingresaron a partir de 1960 creció el ingreso a “Lomas” de personas con más 70 años (que fallecieron

⁵¹ Esteves había sido un director del HNA de principios de siglo quien fuera recordado como quien dio una impronta más “Neuropsiquiátrica” al HNA (Jardon, 2010).

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

entre 1957-1971). Asimismo ingresaron desde 1960 los “menores” (fallecidos hasta 1965) y comenzaron a aparecer registros de ingresos de varones. Estos años también crecieron los registros de agresiones entre pacientes (Marité) (Elsa)⁵².

Un recorrido que cumple con algunas características mencionadas es la perteneciente a una mujer NN que ingresó a Lomas en 1961 procedente del Hospital Pedro Fiorito acompañada por un “practicante”. Llevaba dos certificados médicos y una carta del Director del Fiorito solicitando la internación. La solicitud de internación que hacían se sustentaba en que la permanencia de la mujer NN en el servicio de guardia ocasionaba “serios riesgos e inconvenientes”. Intentaron conocer su identidad a través de la Policía pero no lograron resultados favorables. Los registros de su HC son sólo ocho. A meses de su internación registraron que creían que comprendía algunas cosas y que solía estar en cama o “sentada afuera”. Tuvo como “diagnóstico presuntivo”: confusión mental. Murió de una neumopatía que concentró cinco de los ochos registros de su HC. En uno de ellos se registró que debía controlársele la temperatura a las dos horas y se aclaró que “(la guardia vuelve a la noche)”. Eso instala por lo menos dos preguntas: ¿En ese horario no había guardia en el hospital? ¿O bien la guardia iría a su pabellón a la noche? Si fuera la segunda opción ¿por qué quedó en su pabellón siendo que tenía una neumopatía, necesitaba cuidados especiales y tenía compañeras de pabellón? ¿Cómo hace una guardia clínica para hacerse cargo de los cuidados clínicos de 2808 pacientes (camas normales + camas de emergencia) (Bermann G, 1965)? ¿Habría sido igual el desenlace si hubiese estado en un hospital general?

Para estos años continuaba el Dr. L. Magliolo como Director del Hospital. Para 1961 según cálculos que realizamos a partir de aportes de G. Bermann (1965) en Lomas había 85 personas internadas por cada profesional y 5,6 personas por cada técnico auxiliar. Es decir que, aún insuficientes, había mejorado dicha proporción. Había 308 camas de emergencia y un total de 2808 camas en total. Este dato nos trae otra cuestión al centro del análisis que constituye una novedad. Para 1961 tenemos noticia por primera vez de que hubiera “camas de emergencia” (Bermann G, 1961). Cabe preguntarnos si las camas de emergencia refieren a la apertura de una admisión propia del hospital. Si así fuera esto reforzaría la idea de que el crecimiento de fallecimientos de personas con menos de un año de internación se comprende a la luz de un cambio en el circuito de ingreso. El mismo puede vincularse a deficiencias en la

⁵² anteriormente hay registros de agresiones en la década del '20 pero referidos a que las mujeres denuncian malos tratos del creio o enfermería.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

anamnesis clínica⁵³. Apoya esta hipótesis el ingreso de población novedosa: varones, niños y personas con edad avanzada.

NN por ejemplo en cuanto a su ingreso presenta una novedad: no fue trasladada desde el HNA, sino que ingresó desde la guardia de un hospital general. ¿Qué ocurre cuando un hospital que fue pensado para asilo de crónicos abre sus puertas al ingreso de pacientes con problemas agudos? ¿Se habrá dotado del personal necesario? Para esos años el personal psiquiátrico, médicos, enfermeros, “vigilantes” continuaban teniendo escasa formación (cualquier médico podía asumir el título de especialista psiquiatra sin ser objetado) y siendo absolutamente insuficientes en la proporción de personas internadas/ trabajador de salud (Bermann G, 1965). Sus condiciones de trabajo eran “eminente desfavorables”. Según Thenon quien había aplicado un cuestionario a psiquiatras en esos años (1960 apud Bermann G, 1965), tenían “sueldos irrisorios”, complementaban sus salarios con otros trabajos (como maestro normal, comerciante, quehaceres no médicos), algunos dormían cuatros horas promedio por día, para comprar libros tenían que hacerlo a crédito, no les alcanzaba el dinero para estar suscriptos a revistas internacionales, sólo menos de la mitad de los entrevistados tenía vacaciones breves. Las condiciones de los lugares de trabajo eran marcadamente deficientes. En cuanto a enfermería esto se repetía con mayor gravedad, en general eran “prácticos” sin formación específica y tenía salarios aún peores. El INSM intentó reforzar la formación de este grupo creando escuelas como la que funcionó en “Lomas” desde fines de los 50 y hasta 1962. Hacia 1962 el INSM hizo un recuento de cantidad de camas psiquiátricas bajo su dominio y de las provincias y estas sumaban 24.908 (había otras 2000 en el sector privado). Es probable que las planillas del censo de salud mental de 1960 que encontramos en las HC de las mujeres internadas en el Esteves fueran parte de ese recuento.

Según G Bermann (1965) el presupuesto para salud mental era “notoriamente insuficiente. La creciente inflación reducía casi de mes en mes las sumas asignadas al cuidado de los enfermos” (Bermann G, 1965, p. 111). Por ello citaba a A. Calabrese:

Así están de mal atendidos los enfermos, explicándose este elevado contingente de crónicos que “yacen embrutecidos y olvidados en galerías expuestos a las inclemencias climáticas, mal alimentados y peor vestidos, una vergonzosa y deprimente realidad (A. Calabrese apud Bermann G, 1965, p.111).

⁵³ Sería interesante comparar estos datos con los de hospitales que tuvieron siempre admisión y fueron puerta de entrada como el Moyano en aquel momento HNA.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

En esta línea la diferencia entre presupuesto por paciente en un hospital general y en un hospital neuropsiquiátrico era notoria. Si en 1963 una cama por día de un asilo costaba \$71, una cama del HNA costaba \$150 y una cama en un hospital general \$1200 (Bermann G, 1965). Esto presenta una clara jerarquía presupuestaria. Estos son datos de un nivel general para los manicomios: pocos trabajadores, poco formados, con condiciones de trabajo desfavorables y presupuesto escaso. Los mismos tomaron cuerpo en el “Lomas” de esos años.

Las HC nos dieron otra pista. Hemos encontrado registro en dos HC que para el 22 de mayo de 1965 hubo un “paro total del personal”⁵⁴. Con esa información decidimos revisar el diario La Prensa para dicho año y mes. Consultamos sólo el mes de mayo porque nos interesaba solamente en esta instancia conocer sobre este paro del personal. El 11 y el 15 de mayo salieron notas referidas a un paro por tiempo indeterminado del personal del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública que había ratificado su medida debido a que el ofrecimiento de aumentos del Ministro Oñativia había fracasado por insuficiente (Diario La Prensa, 11-5-1965). El Ministerio no cambiaría la oferta y anunciaba que no pagaría los días de huelga. Informaba que desde 1963 había iniciado un proceso de recomposición salarial del sector salud, postergado hasta ese momento y al que se le adeudaban sueldos. El Ministerio instaba a los trabajadores en huelga a reincorporarse en 48 horas a sus funciones y amenazaba con que en caso de no hacerlo implementaría “medidas”. El conflicto fue creciendo en tensión y el gobierno ordenó a los Directores de hospitales suspender provisionalmente a quienes no se hubieren reincorporado (Gabinete económico y Social, Diario La Prensa, 15-5-1965). Los trabajadores primero no acataron la intimación y continuaron la huelga vía decisión asamblearia. Días después (19-5-1965) algunos de los trabajadores acataron en parte la intimación a dejar la huelga. Había habido suspensiones y desalojos. Uno de ellos se había producido en el Hospital Neuropsiquiátrico de Mujeres (actual Hospital B. Moyano) que mantenía paro total del personal cuando a últimas horas de la tarde del 18 de mayo la policía por orden judicial había ingresado al hospital a desalojarlo. Según el periódico el desalojo se había realizado sin que se produjera “incidente alguno” y las tareas de limpieza, cocina, calderas habían quedado a cargo de personal del ejército y las de vigilancia del edificio a cargo de la policía (Diario La Prensa, 18-5-1965; Diario La Prensa, 19-5-1965). El paro continuó en otros hospitales y hubo de 15.000 a 2.000 suspensiones. El 22 de mayo una nota

⁵⁴ Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínica, Legajo N°5, HC N°12.084.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínica, Legajo N°141, HC N°12.245.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

periodística refería especialmente al Hospital Neuropsiquiátrico de Lomas de Zamora y planteaba que la policía con orden judicial de La Plata había desalojado a las 21hs del 20 de mayo al personal de dicho hospital “en conflicto” (Diario La Prensa, 22-5-1965).

En suma, a principio de los ´60 los trabajadores de Lomas tenían salarios que eran bajos desde hacía años (se le adeudaba sueldos incluso) y habían ido a la huelga para revertir tal situación. El hospital había sido desalojado por la policía. Estos hechos dan cierta perspectiva del clima que se vivía. Sumado a ello la bibliografía que habla del presupuesto insuficiente en salud mental para dicho años completa el cuadro de situación en el que creció la cantidad de fallecimientos de personas con menos de un año de internación. ¿Qué contexto económico político hicieron posible esta situación? En 1961 habían ocurrido dos hechos que aceleraron el golpe a A. Frondizi por parte de sectores conservadores: el gobierno devolvió la CGT a los representantes sindicales y la visita y entrevista de Ernesto Che Guevara con dicho mandatario. A ello se sumaron nuevas dificultades económicas que el nuevo ministro R. Alemann quiso resolver con el relanzamiento de la racionalización administrativa esta vez suprimiendo ramales de la red ferroviaria, privatizando diversas empresas y reduciendo personal estatal. Estas medidas desataron una gran resistencia en los trabajadores que lanzaron un plan de luchas con huelgas periódicas. Con el derrocamiento de A. Frondizi y la asunción de J. M. Guido se garantizó la proscripción del peronismo y se prohibieron las huelgas, se abandonaron lineamientos desarrollistas y se liberó el mercado bancario y el retiro del Banco Central de la operatoria lo que provocó una severa devaluación que debilitó la capacidad de consumo, contrajo el mercado, una disminución de los salarios reales y un recesión importante (Rapoport, 2000). La suba de precios fue del 38,5 % en 1962 y del 24% en 1963, esta “recesión provocó una traslación de ingresos en contra de los sectores urbanos y de bajos ingresos” (Rapoport, 2000, p.565). La desocupación creció a un 8,8%.

Con la llegada de A. Illía al gobierno en 1963 -con apenas un cuarto del electorado como votante a su favor- la economía también cambió de rumbo con una inspiración “cepalina-keynesiana” (Rapoport, 2000). Alentó un crecimiento de la demanda vía fortalecimiento del poder de compra de los salarios (salario mínimo vital y móvil, se operó sobre una serie de precios que afectaban la canasta familiar) y creció el gasto público. Así para 1964 ya crecía el PBI, se reactivaba la economía poniendo en jaque la concepción ortodoxa de combatir la crisis vía ajustes. El déficit fiscal se redujo y se anularon los contratos petroleros firmados por Frondizi. Este tema resultó urticante así como el establecimiento de regulaciones en el mercado farmacéutico (Ley Oñativia) con las que se congelaban los

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

precios, se limitaban los fondos que los laboratorios podían utilizar en publicidades y se reducía la cantidad de muestras gratis a entregar. Asimismo se limitaban los pagos en concepto de regalías y de remesas al exterior en concepto de compras de insumos (Rapoport, 2000). Illía pudo alejarse de los lineamientos del FMI debido a que pudo dejar de recurrir al crédito externo para equilibrar los presupuestos. De todas estas medidas, una de las que precipitó el golpe a Illía fue justamente la de regulación del mercado farmacéutico.

En cuanto a la participación de los trabajadores en la distribución funcional en 1961 creció a 42,4% (venía del fuerte golpe que fue el plan de ajuste de 1959), bajando a 40% en 1963 y 1964 y creciendo a 42,3% en 1965 (Rapoport, 2000). El gasto público en *los 60* descendió un 10% respecto de los niveles alcanzados durante el gobierno peronista y otro dato es que se orientó principalmente a resolver problemas de vivienda y educación en detrimento de salud (Rapoport, 2000). De hecho la esperanza de vida al nacer interrumpió entre 1960 y 1970 su progreso constante desde 1914 y un aumento de la mortalidad en particular en el Gran Buenos Aires (Rapoport, 2000).

En suma, este es nuestro planteo: el crecimiento de fallecimientos de personas con menos de un año de internación se vincula a un cambio en el circuito de ingreso con inadecuados procesos de admisión y cuidados clínicos que se implementó en un contexto de “racionalización administrativa” y en un clima de sucesivos golpes de estado y luchas y huelgas. Nuevamente acordamos con la hipótesis de Lonjedo Monzo (1991) y Sy et al. (2015) en lo referido a la dimensión de crisis institucional como una de las que es necesario incluir a la hora de estudiar el crecimiento de la mortalidad en un neuropsiquiátrico aunque planteamos que es necesario ampliar el foco y considerar las crisis institucionales como parte de procesos imbricados con un marco económico-político mayor.

En cuanto a los cronificados su fallecimiento puede relacionarse con un desgaste de su salud por su internación prolongada combinada con una asignación y administración de presupuesto no adecuado y en un contexto inflacionario.

11.2.4 Hubo una vez un centro piloto. Veranito antimanicomial (1968-1971).

Desde mediados de 1968 comenzó a proyectarse un centro piloto de comunidad terapéutica en el pabellón Ayerza del Hospital Esteves. El mismo se creaba a instancias del

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Plan Nacional de Salud Mental de 1967⁵⁵ (PNSM) que había impulsado experiencias piloto de comunidad terapéutica en distintas colonias del país. El CP del Esteves estuvo en funcionamiento desde julio de 1969 y hasta que fue desmantelada por la intervención del INSM en enero de 1971. El CP centralizó todas las admisiones del hospital (Grimson, 1972).

Esos años simultáneamente convivieron visiblemente una institución manicomial clásica con una comunidad terapéutica. Dicha coexistencia se materializó en la producción de registros de prácticas y discursos disímiles. Según los testimonios que presentamos dicha convivencia fue conflictiva.

Para esos años continuaron los tratamientos con psicofármacos, los registros de problemas clínicos, la piretoterapia. Las novedades referirán al tipo de registros de prácticas y discursos que inauguró el centro piloto.

En términos generales la gráfica de fallecimientos de personas con menos de un año de internación en “Lomas” tuvo un pico en 1969 y luego comenzó a descender. La gráfica de los fallecimientos de crónicos se disparó hacia 1971 especialmente la de aquellos que tenían más de veinte años de internación. Nos preguntamos el porqué del crecimiento de fallecimientos de personas con pocos meses de internación hacia 1969 (pico menor al de 1962 y al 1967 cabe aclarar) y observamos que ocurrieron al menos dos grandes cosas: cambió el circuito de admisión del hospital y estos son los años de ingreso privilegiados para los varones, muchos de ellos diagnosticados como “alcoholistas”. Es decir hubo novedades en el ingreso y novedades en la población ingresada, se re-edita lo ocurrido con el pico de fallecimientos de principio del momento anterior aunque esta admisión según sus protagonistas sí contaba con una proporción de médicos más acorde a la cantidad de pacientes (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013). También es posible que creciera la cantidad de consultas. Otra diferencia con respecto a “Los 60 cortos” es que este crecimiento de fallecimientos no se mantiene, desciende rápidamente mientras que el de 1960 se sostuvo teniendo un nuevo pico en 1967.

Un recorrido interesante para caracterizar este momento es el de Gabriela a quien internaron en 1969 en el servicio de Psicopatología e Higiene Mental del Hospital Parmenio Piñero. Gabriela ingresó debido a una “serie de actividades raras entre las que predominaban conductas antisociales de tipo exhibicionismo erótico que habían aparecido un año y medio atrás”. Dos meses y medio después fue derivada a “Lomas” debido a que el hospital general

⁵⁵ Lo hemos buscado, hemos consultado a informantes clave y referentes de la salud mental en nuestro país, hemos buscado en bibliotecas especializadas en salud, biblioteca del Congreso y Nacional. Creemos que puede haber sido escrito como documento de trabajo pero no publicado como tal y/o que simplemente se perdió dicho documento. Consultamos por correo acerca de dicho Plan a: Lic. A. Vainer, Dr H. Cohen, Lic. A. Stolkiner.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

sólo tenía camas para “internaciones agudas”. La médica psiquiatra que hizo su admisión en el Esteves relató su recorrido. La existencia de un formulario específico para Psicología en la HC de Gabriela da cuenta de la triple admisión propuesta por el centro piloto: psicólogo, psiquiatra y asistente social (Grimson, 1971) Ahora bien, dicha admisión multidisciplinaria o bien no se registró o bien no se realizó⁵⁶.

En la HC de Gabriela hay registros de “entrevista” donde la retratan como “triste”, le prescriben psicofármacos y los van modificando a partir de sucesivos registros. La organización de su HC tiene algunas particularidades: suele haber hojas “desordenadas” (cronológicamente hablando), muchas de las intervenciones se encuentran firmadas y la hoja de enfermería tiene hasta tres registros diarios firmados. Quizás ese “desorden” en las hojas dé cuenta un nuevo lugar para la HC. Mientras estuvo en el CP hay registros semanales de su tratamiento farmacológico asociado a una descripción general de su estado mental. Hacia los dos meses los mismos se espaciaron y luego la trasladaron al pabellón 9. A partir de dicho traslado creemos –a partir de los registros- que hubo un cambio en el modo de nombrarla, de mirarla y de tratarla. La HC de Gabriela da cuenta de la simultaneidad y coexistencia de instituciones en un mismo establecimiento. Una vez que a Gabriela la trasladaron de Pabellón podemos pensar que ingresó propiamente dentro de una franca lógica manicomial. Lo que ocurrió con ella allí es lo que venía ocurriendo antes del centro piloto y lo que continuaría ocurriendo a posteriori de su desmantelamiento. Creemos que el cambio de tipo de relación se plasma en las palabras utilizadas en los registros. Comenzó a hablarse de “interrogatorio”, se pasó a medicación inyectable y se hizo hincapié en una mirada atenta a los déficits y a los “síntomas” vinculados al “exhibicionismo” y a su “juicio deteriorado”. También se espació la frecuencia de registros y los mismos refirieron casi en su totalidad a problemas clínicos. Para marzo de 1970 la “encontraron” en el patio “obnubilada” y tenía una infección en el rostro. Le recetaron reposo, hielo y a los días la vieron “deprimida” “apartada”. Luego comenzó con diarreas muy frecuentes y continuó así “desmejorándose”, “deshidratada”, “inapetente” hasta principio de junio cuando registraron “sepsis” y terminó falleciendo en 1970 debido a una “insuficiencia cardíaca aguda. Enterocolitis como antecedente clínico”. ¿Cómo es que la “encontraron obnubilada en el patio” con una infección facial? ¿Cómo ocurrió? Sabemos que la proporción de trabajadores en el resto del hospital era mucho menor a la del centro piloto y que según Grimson (1972) no estaban orientados a una externación y construcción de un

⁵⁶ En apartados anteriores caracterizamos oportunamente el trabajo en el centro piloto, por ende no lo repetiremos aquí.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

proyecto terapéutico. El Esteves tenía según Grimson “10 médicos” y el pabellón del CP contaba con 74 profesionales sólo para ese pabellón (Grimson, 1972; Diario La Prensa, 23-12-1970).

Gabriela murió de enterocolitis después de casi dos meses de diarreas. Cabe preguntarnos por las condiciones de higiene, de alimentación, de sanitarios, de acceso a agua segura que tendrían en aquellos años en el Esteves. Los trabajadores del centro piloto describen la rutina del comedor del Esteves como “montoncitos sobre una mesada de mármol” del que comían las personas sin cubiertos (Grimson, 1972) (Entrevista a Zrycki, 2015) (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013). Describen los baños como inundados con materia fecal. De más está decir que de una persona que come con las manos y cuyo baño está sucio, inundado y en mal estado es esperable que desarrolle diarreas. Gabriela de hecho estuvo dos meses con diarreas deshidratándose e inapetente hasta que se registró una sepsis. Una vez que se desató el proceso de muerte figura en su HC una acumulación de registros de procedimientos y problemas clínicos que impresionan como un intento por tomar las riendas de un proyecto terapéutico que no existió con anterioridad.

Hacia fines de 1970 hubo una fuerte crisis al interior del hospital. Primero se intervino el INSM y luego el Hospital Esteves. En esos años se acusó públicamente al centro piloto con los mote de “subversivos” y promotores de “orgías sexuales”. No es casual que recaigan sobre esta experiencia dichas acusaciones si recordamos que formaban parte de cierta mirada que la “Revolución Argentina” reforzaba. Pareciera ser esta una lógica de sanción moral y deslegitimación. El centro piloto de comunidad terapéutica fue desmantelado entre diciembre de 1970 y los primeros meses de 1971 cuando directamente cesantearon y trasladaron a 25 de sus trabajadores. Coincidió dicho desmantelamiento con el crecimiento de fallecimientos de las personas con más de 20 años de internación.

Acerca de la acusación de orgías sexuales, el Dr. M Vayo, a cargo del equipo de resocialización del centro piloto responde actualmente denunciando que para aquellos años en el Moyano había treinta embarazos anuales siendo que era un hospital de mujeres mientras que el centro piloto que era mixto no había tenido ninguno (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013). Denunciaba abusos de parte del personal del Moyano que prostituía a las mujeres internadas con los camioneros que estacionaban en las inmediaciones del hospital rodeado de depósitos.

En el diario La Prensa para el mes de diciembre de 1970 encontramos relatado el conflicto suscitado a partir de los reiterados intentos de desmantelamiento del centro piloto en

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

los días 23, 24 y 31 de diciembre de 1970. El conflicto se vinculaba con la exigencia de los trabajadores de que se reincorporara a los profesionales desplazados o cesanteados. Repetidas veces el Diario nombraba a los trabajadores en paro activo como “los quejosos” o como “dignos de un colegio nacional” o como “histerizados” (Diario La Prensa, 23-12-1970; 24-12-1970). Si bien eran nombrados de ese modo, también se incluían distintas voces. Describían al centro piloto como un pabellón modelo con 74⁵⁷ profesionales trabajando para 60 personas internadas, como un lugar donde se había eliminado el electroshock, la insulino terapia y los chalecos de fuerza. Se destacaba que el centro piloto había desarmado un circuito de derivación a clínicas privadas surgidas en los alrededores del hospital (Diario La Prensa, 23-12-1970; 24-12-1970). Mencionaban que el coordinador de la experiencia W. Grimson había sido trasladado por una nota “irrespetuosa” que reclamaba la reincorporación de una médica que había sido desplazada. Según los trabajadores del CP el desplazamiento de la Dra. Edelman remitían a un discriminación ideológica debido a que dicha médica había sido militante del en ese entonces disuelto Partido Comunista (Diario La Prensa, 23-12-1970; 24-12-1970).

Desde la intervención del hospital y del INSM los Dres. Badano, Caglioti, Gils Carbo y Rodríguez Lonardi expresaban que el centro piloto debía ser “reorganizado en lo administrativo”, que para eso C. Caglioti estaría a cargo de lo administrativo. Justificaban el traslado de Grimson a Epidemiología del INSM debido a que “no era sanitarista” y por ende no podía ocuparse del centro y que Edelman había sido dejada cesante por una “reorganización administrativa”. Asimismo denunciaban que en una asamblea se había agredido a Caglioti y que iniciarían sumarios a los responsables. Denunciaban que Grimson había saltado los muros del hospital ocultando materiales que tenía en el hospital y que la policía y la intervención lo habían hecho desistir de tal actitud. Resaltaban su “liderazgo mesiánico” y el clima de anarquía del CP que debía revisarse (Diario La Prensa, 31-12-1970). Por último denunciaban que en el CP se utilizaba a los pacientes con fines políticos. En cuanto a los logros del Centro piloto desde la intervención había dos posturas desde el INSM. Una que aprobaba los métodos del centro piloto pero planteaban la necesidad de una reorganización administrativa y una posición que planteaba que los datos que brindaba el CP serían al menos maquillados debido a que tendrían mucho más personal y sus resultados no

⁵⁷ 20 médicos, 2 psicólogos, 9 asistentes sociales, 24 enfermeros, 4 psicopedagogos y 5 terapeutas ocupacionales teniendo capacidad para asistir a 60 personas internadas (36 mujeres y 24 varones).

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

diferirían del de otros pabellones (acusando de seleccionar pacientes y contabilizar como altas a los traslados) (Diario La Prensa, 31-12-1970).

Por su parte Grimson aclaraba que no había saltado ningún muro para sacar materiales o libros “comunistas” del hospital, y planteaba que un trapo rojo que flameaba en el centro lo había puesto un “paciente” dando entender que remataban el centro. Así Grimson desestimaba acusaciones de utilizar a los pacientes con fines o intencionalidades “políticas” o “comunistas”. Planteaba que el reclamo se debía a la reducción de personal en curso de un centro que había tenido 500 internados con un 85% de altas y un tiempo promedio de internación de dos meses cuando el resto del hospital tenía diez años promedio (Diario La Prensa, 31-12-1970).

El jefe de Terapia Ocupacional Oscar Correale desestimaba las denuncia al CP en relación a la supuesta promiscuidad sexual, así como aclaraba que Badano (a cargo del INSM) no sólo no era psiquiatra sino que era cirujano (respondiendo al argumento del traslado de Grimson por no ser sanitarista) y que una de las disputas centrales del CP era con la cooperadora en tanto este había franqueado el paso de los familiares por allí como prerequisite de la admisión (ya no debían pasar primero por la cooperadora antes de la internación). También aclaraba que reclamaban por los sumarios iniciados contra dos Terapistas Ocupacionales y contra la designación de un hombre del INSM a cargo del CP (Diario La Prensa, 31-12-1970).

Por su parte la Cooperadora del hospital apoyaba a la intervención y solicitaba públicamente “drásticas medidas contra los responsables de la insubordinación” (Diario La Prensa, 31-12-1970).

Ahora bien, el CP y las experiencias de comunidad terapéutica como implementación de una política pública tuvieron la particularidad de haberse desarrollado en el marco de una dictadura militar. Es decir que las políticas de salud mental en nuestro país nacieron y se implementaron con una paradoja medular: proponían alternativas al modelo manicomial pero terminaron implementándose bajo gobiernos de facto.

En nuestro país este nacimiento ha quedado vinculado principalmente a la figura de Mauricio Goldenberg quien dirigió el reconocido servicio de psicopatología del “Lanús”. Esa experiencia fue la más visible emergió de un grupo de experiencias. Particularmente el servicio de psiquiatría del Hospital Piñero existía desde 1950 al igual que el del hospital

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Rawson con el Dr. Guillermo Vidal. Dagfal plantea que dichas experiencias quedaron eclipsadas por la experiencia de Goldenberg particularmente en el Lanús (Dagfal, 2007)⁵⁸.

Goldenberg pensaba que los hospicios estaban “llenos”, “mal atendidos” y eran costosos económicamente y que había una gran desatención de población que quedaba por fuera del hospicio (Carpintero y Vainer, 2004). Por esos años se iba instalando cada vez más fuertemente la idea de descentralización y atención en dispensarios consultorios externos en hospitales generales pues esto no alejaba al paciente de los que tuvieran cualquier otra enfermedad y acercaba a los psiquiatras a la medicina general y a los servicios complementarios de investigación y tratamiento. Esto hacía que su trabajo fuera “más médico” (Carpintero & Vainer, 2004 p. 94). A su vez atender dichos problemas cerca de la comunidad evitaba los grandes desplazamientos a lugares donde hubiera un hospicio y por ende se dañaran más fácilmente los vínculos.

En 1967 ocurrieron dos hechos importantes y contradictorios para el campo de la salud mental. Se sancionó bajo la dictadura de Onganía la ley 17.132/1967 que pretendía instaurar el poder médico en las funciones y competencias en el nuevo campo de la salud mental (psicólogos como auxiliares de la psiquiatría) (Carpintero y Vainer, 2004; Galende, 1990) pero a la vez el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en 1967 bajo la dictadura de Onganía y con el Coronel Estévez al frente propuso un Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) que promovía la creación de comunidades terapéuticas en los asilos.

El mencionado PNSM de 1967 no fue llevado a la práctica en su totalidad y no rozaba los centros de poder de la psiquiatría manicomial puesto que las experiencias de comunidad terapéutica fueron organizadas como “experiencias piloto” en Colonias psiquiátricas y no se crearon centros de día o dispositivos que trabajaran fuertemente sobre la prevención y las comunidades. ¿A qué se debe esta posible “pasteurización”?

En un nivel “macro”, económico- político con el golpe encabezado por Juan Carlos Onganía se destituyó al Poder Ejecutivo Nacional, a las autoridades provinciales, municipales y a la Corte Suprema. Las legislaturas fueron disueltas, las actividades de los partidos políticos prohibida, se eliminó la autonomía de las universidades. En el caso de las

⁵⁸ Por los 50 Goldenberg ya había trabajado en un dispensario de Higiene Mental del Hospital Fiorito (Avellaneda) (Carpintero y Vainer, 2004) donde hacía interconsulta, charlas en clubes. Para 1956 se hizo cargo como jefe del servicio de Psicopatología en el policlínico de Lanús que no fue la primera experiencia en un hospital general, pero sin duda la más conocida. Allí se formaban médicos jóvenes. Algunos arriesgan que Goldenberg esperaba el desarrollo de la psicofarmacología para prohibir el uso del chaleco de fuerzas, como efectivamente lo hizo en 1958.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Universidades quizás el hecho de mayor repercusión fue la noche de los bastones largos en que en las facultades de Ciencias exactas fueron desalojados, golpeados y arrestados estudiantes y profesores. El gobierno de la autodenominada “Revolución Argentina” tenía un perfil ideológico antiliberal en lo político y liberal en lo económico. Se proponían la “modernización” del país y la misma no podía sujetarse al “debate político y a la arbitrariedad del conflicto social” (O’Donnell apud Rapoport, 2000, p. 618). Para cumplir dichos objetivos se acentuó el autoritarismo vía leyes de corte represivo, intervención de medios de comunicación. El gobierno de Onganía se disponía a realizar un ajuste requerido por la “racionalización económica” que cayó primero sobre los trabajadores del transporte y energía. A estos sectores algunas veces los intervinieron o incluso les quitaron su personería gremial. La tensión social fue creciendo hasta el estallido social que fue el 29 de mayo, el Cordobazo en 1969 precedido por grandes protestas en Corrientes, Rosario, Tucumán, La Plata. En Córdoba la protesta obrero estudiantil tomó la ciudad y el gobierno nacional terminó enviando al ejército a reprimir. Sin embargo, había quedado la marca del descontento popular y la posibilidad de rebelión.

En junio de 1970 fue destituido Onganía y asumió Levingston que a sólo nueve meses de asumir renunció luego de que otro levantamiento en Córdoba, “el viborazo” decidiera su suerte (Rapoport, 2000).

A fines de los 60 y principios de los 70 la economía del mundo capitalista daba sus primeras señales que anunciaban una crisis (Rapoport, 2000). Las tasas de crecimiento de los países comenzarían a caer señal esta de una progresiva desaceleración del ritmo de incremento en la productividad que conllevará una disminución en las tasas de ganancia y por ende una tendencia de las empresas a reducir inversiones. Estos procesos desencadenarían años después en la crisis de “estanflación”, la crisis del petróleo⁵⁹. En América Latina en 1970 ganó la presidencia Salvador Allende que sería derribado por las FFAA chilenas visiblemente apoyados por los EEUU ante el temor del avance comunista (Rapoport, 2000).

⁵⁹ A su vez el poderío norteamericano en Vietnam que ya mostraba erosiones y era profundamente impopular para gran parte de la opinión pública norteamericana concluye con la retirada de EEUU en 1973.

Por su parte en el bloque soviético también se desarrollaron procesos que cuestionaron las estructuras políticas como la llamada Primavera de Praga brutalmente reprimida la ex URSS.

En Europa el Mayo Francés de 1968 cuestionó al sistema educativo, a la sociedad de consumo, a las jerarquías e instituciones tradicionales. Este tipo de manifestaciones obrero estudiantiles se replicaron en otros lugares del mundo como en México (con la sangrienta represión de octubre de 1968 en la Plaza de Tlatelolco en manos paramilitares).

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Habiendo planteado muy brevemente procesos sociales generales para esos años, vale la pena volver a mirar qué era lo que se volvía insoportable y podía ser encerrado. ¿Qué cuestiones devenían “encerrables” en el clima descrito? H. Vezzetti en “La locura en la Argentina” (1985) plantea que la locura no es un concepto, no existe como entidad previamente definida, perdurable a través de los tiempos. “La locura misma como objeto de conocimiento e intervención va produciéndose y no es más que esa misma diversidad de fenómenos y efectos en el interior de una historia múltiple” (Vezzetti, 1985, p.12). Pensaremos entonces el desencadenante de la internación de Gabriela a la luz del momento histórico. Descontamos que las situaciones de padecimiento mental existen y que muchas veces resultan de muy difícil acompañamiento para los familiares y su entorno. Sin embargo, intentaremos pensar dicho motivo de internación registrado en clave de significantes de época que permitan ver otras cuestiones acerca de cómo se delimita lo insoportable, lo inadecuado, inadaptable para cada época. Gabriela hacía un año y medio que según sus familiares tenía un comportamiento que para 1969 se había vuelto insoportable. Fue internada en 1969 por realizar una “serie de actividades raras entre las que predominaban conductas antisociales de tipo exhibicionismo erótico”. Fue “traída” por familiares.

Por aquellos años la dictadura de Onganía fue famosa por su alianza con sectores clericales y por llevar adelante “el reordenamiento del orden moral” para enfrentar la subversión marxista (Carpintero & Vainer, 2004). Se prohibieron películas, óperas, libros por ser considerados inmorales, en especial por “pornográficos” o por “divulgación del comunismo” o que iban en contra del matrimonio y la unidad familiar y a favor del adulterio, amor libre (Carpintero & Vainer, 2004)⁶⁰. Se hacían allanamientos en albergues transitorios, corte de pelo a los jóvenes. En ese contexto Gabriela fue internada por conductas “exhibicionistas”. Más allá de que así pudiera ser es llamativo que en ese contexto de moralización esa fuera la causa registrada de internación. Sería interesante conocer HC de varones para ver si hubo en sus internaciones registros de este tipo. En esa línea, no parece casual que al Centro Piloto al desmantelarlo se lo acusara justamente de promover “orgías sexuales” y la “ideología comunista”.

⁶⁰ En 1966 se intervinieron las universidades por el Decreto Ley 16.912, se suprimió la autonomía universitaria, se anuló la representación en los claustros y se prohibió la actividad política. Al tomar noticia de tal hecho fueron tomadas cinco facultades. Allí se desencadenó lo que se conoce como la noche de los bastones largos donde las fuerzas policiales ingresaron a la facultad de Ciencias Exactas y apalearon a su comunidad educativa desalojando la facultad. Se produjeron así renunciaciones masivas de profesores e investigadores. Psicología tuvo el record de quedar con sólo dos cátedras nombradas (Carpintero y Vainer, 2004).

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

En agosto de 1967 se había aprobado la Ley 17.401 Sobre Represión de Actividades Comunistas en las que se prohibían las actividades consideradas de tal ideología, se definían rangos de año de cárcel para quien violara dicha ley y se prohibía el ejercicio de funciones públicas para personas que fuera definidas como comunistas.

En este caso podemos pensar un eje atento a dos cuestiones en esta época: lo “erótico” y lo “comunista”. Nuevamente lo criminal y la locura tuvieron explícitamente puntos de relación.

Creemos que los fallecimientos en este período se dieron en el marco de una crisis interna del hospital donde se desarrollaron dos perspectivas distintas: la manicomial y la de comunidad terapéutica. Esta coexistencia o bien visibilizó o bien agudizó situaciones de violencia del lado manicomial. El crecimiento de fallecimientos de personas con menos de un año de internación entre 1968 y 1969 probablemente se deba al cambio de circuito de ingreso y a la inclusión de personas con nuevas patologías. Dicho grupo tendió a decrecer, mientras que el de crónicas experimentó un crecimiento de fallecimientos hacia 1971 año en que se desplazó al CP y comenzaron a notarse los indicios de lo que sería la crisis económica mundial del '70.

11.3 Matar con la indiferencia ¿Cuándo mata más?

“... esto no es un ambiente para la poesía. Hasta ella se espanta en este sitio”
J. Fijman (2005)

Hemos sintetizado para cuatro momentos en “Lomas” continuidades y novedades en los recorridos de internación. Los límites que definimos para dichos momentos refirieron a las novedades que fuimos encontrando. Reflexionaremos ahora, especialmente sobre las continuidades.

En los recorridos de internación presentados y en las condiciones hospitalarias relevadas hallamos una serie de fenómenos que consideramos resultados de un mismo proceso. Coincidimos con J. Breilh -epidemiólogo ecuatoriano- cuando plantea que la propuesta de la epidemiología crítica presta especial atención a las determinaciones de las condiciones de vida y a la diferencial exposición (impuesta) a las mismas según los grupos poblacionales. En este sentido distintos PSEA de un mismo grupo poblacional podrían ser manifestaciones singulares de un mismo “modo de vida” (Breilh, 2009). Los fenómenos que consideramos refieren a dos cuestiones: registros de recorrido de internación y establecimiento hospitalario y condiciones de trabajo.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

En un nivel del recorrido de internación podemos mencionar: a) Registros escuetos e infrecuentes que describen el estado general de la persona referidos a cuestiones básicas o a procedimientos y problemas clínicos no resueltos y que se sostienen en el tiempo. b) Registros de lesiones que interpelan acerca de posibles “descuidos” o “desinterés”. c) Registros de lesiones por violencia entre pacientes o registros de violencia y maltrato de parte de trabajadores a pacientes. d) Traslados a “Lomas” fundamentados en la “cronicidad” de una persona o en que la misma “no es visitada”. e) Desautorización de la voz de las personas internadas. f) Fallecimientos vinculados a escasos y tardíos cuidados clínicos. g) Modo de decir acerca del cuerpo muerto de una persona internada, modo de aviso a familiares y allegados acerca del fallecimiento de la persona. h) “Ritos” de ingreso que implican la pérdida de lo propio, de la intimidad.⁶¹

En un nivel del establecimiento hospitalario mencionaremos: a) Condiciones de higiene, alimentación y vestimenta entre deficientes e infrahumanas. b) Proporción insuficiente de trabajadores con formación escasa y salarios bajos.⁶²

⁶¹ Marité tuvo erupciones en la nuca, “lesiones” por agresiones, “forúnculos en muslos”, “lesiones en espalda”, “lesión epidérmica en manos”, “escamaciones en cara por agresión”, “mordedura en la mano”, “diarreas”, “orzuelo en párpado”, “erupciones”, “lesiones de rascado”, enfermedad pulmonar que terminó con su vida. Incluso intentó suicidarse dos veces en Lomas y en uno de esos intentos hay registro de que quienes la sostuvieron (intentó tirarse por el hueco de la escalera) fueron otras mujeres internadas. En el caso de Elsa, figura que usó una tintura (no queda registro de cómo la obtuvo, cómo hizo para desarrollar todo el proceso de tintura sin que nadie la observara) y se produjo una dermatitis en el cuero cabelludo. También sufrió lesiones por agresiones en cuero cabelludo y brazos. La mujer NN no tuvo casi registros en sus meses de internación, los mismos refieren casi todos a una neumopatía que le costó la vida. Felisa murió en 1957 de neumonía a los 48 años luego de años de consecutivas erisipelas, pus, escara, infecciones de la piel. Gabriela falleció de una enterocolitis después de estar más de dos meses con registros de diarreas y deposiciones líquidas y sepsis. Clelia falleció en 1959 y en una HC se registraron principalmente problemas clínicos como fiebre, conjuntivitis, diarreas, escaras. Por último Tita tuvo durante meses diarreas, ántrax, forunculosis y falleció luego de un proceso necrótico en una pierna gangrenada. Su primera noche había dicho que había pasado frío de noche, que el colchón era “de basura”.

En cuanto a los registros de violencia; en dos oportunidades Elsa denunció malos tratos de enfermeras y del clero; a Marité llegaron a cambiarla de pabellón porque otras mujeres la agredían; Marité hirió a otra mujer con un plato en la cabeza, otra vez con un secador, otra vez fue agredida en el rostro (Marité), o mordida en la mano (Marité); Clelia, Marité y Tita requirieron sutura por heridas que les produjeron otras personas internadas; Elsa tuvo una contusión en el codo (Elsa); Romina y Marité tuvieron hematomas y heridas en párpado y ojo.

Los problemas de la piel, las infecciones (ántrax, forunculosis, escaras necrosadas, gangrena, erisipelas, escabiosis) dan cuenta de procesos infecciosos cuyo cuidado requiere centralmente medidas de higiene (del propio cuerpo, del medio), la ropa, la ropa de cama, lavajes y medicamentos. Sumado a ello los tratamientos con vacunas estuvieron presentes entre 1925 y 1966 en las HCs analizadas en profundidad. Dichas vacunas se aplicaban en piernas y glúteos. Posiblemente algunas de las infecciones pudieron deberse a estos procedimientos realizados como tratamientos pero cuya aplicación resultara en daños.

⁶² Las diarreas, colitis, enterocolitis son otros de los problemas habituales registrados en el Esteves. Considerando las condiciones de vida en Lomas descriptos por los trabajadores del Centro Piloto (Grimson, 1972) (Entrevista a Zrycki; 2015) (Entrevista a Vayo & Grimson, 2013) tales como baños en mal estado combinado con alimentación sin cubiertos y con las manos; era esperable que hubiera problemas gastroenterológicos a repetición. Estos problemas se sostienen en el tiempo en algunas historias clínicas de tal

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Ante estos hechos nos preguntamos ¿Cómo era la atención clínica de estas mujeres? ¿A qué se debe este particular modo de tratarlas? ¿Qué particularidades tiene este “hospital”? ¿Qué particularidades tiene su población usuaria? ¿Qué particularidades sus trabajadores? Pensamos todos estos fenómenos como manifestaciones de un proceso común ligado al desinterés o descuido por un grupo poblacional particular: las personas internadas en un manicomio.

Utilizaremos el concepto de *nuda vida* del *homo sacer* que introdujo Agamben (2013) para pensar los procesos de desinterés/descuido y ciertas situaciones donde pareciera que en parte se deja morir o se abandona a su suerte a las personas internadas. El concepto de *homo sacer* es el de un cuerpo sin derecho, figura que pertenece al derecho romano y describe casos donde un hombre puede ser matado, sin que dicha muerte sea considerada homicidio pero tampoco sacrificio. Es así una entidad que no es divina ni humana, una pura cosa viviente (Agamben, 2013). Según Agamben los campos de concentración resultan la materialización del estado de excepción y la creación de un espacio donde la nuda vida y la norma entran en un lugar de indistinción. Cada vez que esto ocurre estaríamos ante la presencia de un campo. Podemos pensar que la lógica manicomial instaura un espacio de excepción. ¿Por qué entonces no pensar dicha analogía y más en el caso de “Lomas” que nació como desagote de crónicas, como una última estación para personas devenidas casi *nudas vidas*?

En esta línea, en reiteradas oportunidades los infrecuentes registros que hallamos en las HC analizadas en profundidad referían a cuestiones de franca supervivencia o de rutina de un ser vivo referidas a la alimentación, sueño, estado físico general y no variación del estado mental:

11-6-68 enferma levantada tranquila, no realiza ninguna tarea de utilidad. Persiste actividad delirante. Come y duerme bien. (Tita).

25-4-62 levantada, cuadro mental y físico sin variación. Estado físico aceptable. Es visitada. (Romina).

Tal tipo de registro referido casi con exclusividad a la supervivencia del cuerpo de las mujeres internadas es llamativa. Considerar al hombre como mera vida hace que esta pueda

modo que una persona puede estar meses con diarrea o años, décadas con infecciones, supuraciones en la piel. S. Berman (1959) planteaba que las condiciones de “Lomas” para aquellos años era de pésimas condiciones de asistencia y alimentación.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

ser sacada de todo contexto social y ser tratada como proyecto, mero residuo, objeto de experimentación, pueda ser aniquilada sin que esto entre en la esfera de lo punible. El *homo sacer* era una figura en que la vida humana se incluye en el orden jurídico únicamente bajo la forma de su exclusión, es decir, de la posibilidad absoluta de que cualquiera lo mate (Agamben, 2013). En este caso plantearíamos que se hace posible matar con la indiferencia a personas internadas en un manicomio con condiciones de vida infrahumanas y con una atención deficiente de los problemas clínicos que allí desarrollan.

En contraposición a esto, los cuidados son definidos por M. C. Chardon y Scarimbolo (2011) “como un sistema de actividades destinado a promover, sostener la vida y la calidad de vida de las personas. Se caracteriza por la construcción de un lazo social tierno que tenga en cuenta la posibilidad de “alojar” al otro en acto (...) Es imposible pensar los cuidados sin otro.”(Chardon & Scarimbolo, 2011, p. 30). La dimensión del cuidado iluminando las prácticas cotidianas retoma una ética al modo en que E. Levinas lo plantea (Bleichmar, 2007) como “reconocimiento de la presencia del semejante” pues implica el reconocimiento de otro que siendo semejante es distinto. De este modo, en este nivel, el enfoque de cuidados estará atento a una escucha como acto de hospitalidad que aloje, a los detalles que se escapan a las miradas y prácticas estandarizadas, detalles que subjetivan y reconocen la singularidad del otro y propias así como del vínculo a construir. ¿Cuál sería para estos autores el reverso del cuidado? Consideramos que los descuidos, y más aún el desinterés, la indiferencia.

Ahora bien, ¿cómo llegarían las personas a formar parte de dicho estatuto? Una línea para pensar esto la del estigma. I Goffman define como estigma a la situación en la que un individuo posee un rasgo que puede imponerse por fuerza a la atención de los demás, “anulando” sus restantes características y moldeando la actitud de las otras personas hacia él o ella. Es posible hablar de estigma cuando el propio sujeto “se hace eco de ese rechazo”. (Goffman, 2001). Según Goffman entre los tres tipos de estigma (cuerpo, condiciones raciales, fallas del carácter) podría ubicarse el estigma que recae sobre las personas con padecimiento mental (Michalewicz et al., 2011). De este modo el haber pasado por una internación psiquiátrica puede constituirse en un sello permanente que condiciona la forma en la que una persona es percibida por los otros y la manera en que ella se percibe a sí misma. Particular es el modo en que esa persona es escuchada, quedando su palabra relegada por lo general al descrédito. El estigma hace que su palabra pierda credibilidad y validez, no por lo que diga sino por el propio lugar desde el que habla (Michalewicz et al., 2011). Si la palabra del “loco” queda relegada al descrédito y se considera que todo lo que dice tiene la

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

característica de delirio o de objeto de observación ello explica porqué en las entrevistas de ingreso son los acompañantes quienes “dicen por” y “en nombre de” las mujeres a internar - Clelia de hecho ingresó con exceso de sedantes y no pudieron entrevistarla-. En varias situaciones observamos en las HC que las mujeres internadas hallaron oídos sordos en relación a sus denuncias (que les roban las casas, que las enfermeras las maltratan, que la familia las maltrata). No se trata de negar que pueda haber núcleos delirantes en las mujeres internadas. Se trata más bien de que no hay registro de la posibilidad de que los delirios tuvieran contenido no delirante, es decir que a partir de una internación y al modo de un estigma (Goffman, 2001) se degrada el lugar de la palabra, el lugar del enunciador como autorizado o voz legítima y se descrea o se considera parte de la misma enfermedad aquello que incomoda en el decir de una “loca”. Sin que exista registro de la duda pareciera más bien que su palabra es puesta en el lugar del absurdo y no quedara lugar para pensar qué punto de verdad podría tener su relato. Por ejemplo, dice un psiquiatra sobre Elsa “(...) le preguntamos por qué llora y nos dice que porque le han pegado las enfermeras. Le preguntamos cómo la tratan las enfermeras y dice que “bien!”. Enferma simpática. Presenta signos de arterioesclerosis precoz.” (Elsa). Algo similar ocurre en el caso de Marité cuando fue internada y su marido informó:

14-8-52 (...) Informa el esposo: se peleaba con pacientes. Muy erótica. Abandona su hogar. Recientemente fue encontrada en San Nicolás en casa de un anciano con quien convivía. Acusadora. Solía ir a la comisaría y acusaba al esposo de malos tratos. Fabulación (Marité).

Ante ese mismo evento ella relató que se había ido de la casa porque su esposo la castigaba. Si bien fue registrada su palabra ya previamente había sido categorizada de “fabuladora”. Tiempo después a Marité la pusieron a hacer trabajos en la quinta de Lomas como laborterapia y ella manifestaba que “se la quería explotar cosa que trataba de demostrar también a sus compañeras”. Ante tal situación fue “reorientada en sus actividades”.

Algo similar ocurrió con Tita cuando fue internada y planteó que la policía le quería quitar “la propiedad”, “todos me quieren sacar mis cosas”, “me han llenado de basura” y protestaba diciendo que querían vivir en su casa, que sus sobrinos le querían robar “las tres casitas” y sus ahorros y que la policía y el comisario también estaban en su contra. Según los médicos todas eran “Ideas delirantes persecutorias”. No se trata de negar que pueda haber

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

delirios, de lo que se trata es que no se pueda registrar la posibilidad de que no todo enunciado lo sea, de que no todo lo que se escucha de ellas esté teñido de su diagnóstico.

Acordamos con D. Rosenahn (1988) que justamente planteaba que la internación psiquiátrica, las clasificaciones psicodiagnósticas “se pegan” (Rosenahn, 1988, p.105) de tal modo que una vez catalogada como anormal una persona ocurre que todas sus otras conductas y rasgos se ven teñidos de dicha clasificación. De las HC analizadas en profundidad es notable que en los reingresos no hay registro de sintomatología, sino simplemente se consignaba “reingreso”. Pareciera que el primer ingreso hace las veces de una marca que autorizaría a volver a internar sin registro de anamnesis; una marca que autoriza a proceder sin necesidad de registrar la voz de la persona. Ulloa (1995) planteaba, en este sentido, que el diagnóstico psiquiátrico conlleva pronóstico de cronicidad, es decir que una vez que se impregna a un sujeto dicho diagnóstico psiquiátrico (o una variante) lo acompañará toda la vida.

Ahora bien ¿Por qué ocurrieron los fenómenos descriptos? ¿Se debe ello a que los trabajadores de salud mental se convirtieron en seres monstruosos que “matan con la indiferencia” a las personas internadas? No creemos que sea así. Es más pertinente pensar en lógicas institucionales de funcionamiento que en sujetos aislados pensados como monstruos. A. Stolkiner (2012) ubica como antagonismo central de la época la “tendencia a la objetivación- y la posibilidad de subjetivación”. Habría así en las prácticas en salud una tendencia a la objetivación, en volver al otro un objeto de intervención y una posibilidad de subjetivación. En la lógica manicomial, con sus condiciones materiales de trabajo (salarios relación usuarios/personal, etc.) la tendencia a la objetivación se hace imperante, el otro se vuelve objeto de intervención hasta tal punto que se desdibuja su estatuto humano. ¿Cómo se instala el maltrato y/o el descuido/desinterés? Coincidimos con Ulloa (1995) que describe distintas formas de la crueldad, todas vinculadas a la negación del otro como alteridad y de alguna manera todas produciendo mortificación. Entre ellas describe “lo cruel” en tanto acostumbramiento, connivencia, complicidad que implica que la crueldad se vela y deviene cultura del acostumbramiento llegando a configurar “la cultura de la mortificación”. En esta cultura, el término mortificación no sólo remite a la muerte, sino principalmente a lo mortecino, lo apagado, a sujetos acostumbrados a la intimidación donde quien legítimamente tendría algo que denunciar no encuentra dónde o con quién, encuentra oídos sordos. De este modo pensar una lógica manicomial de la institución manicomio se traduce en un modo burocratizado de asistencia: escuetos e infrecuentes registros por ejemplo. En ese punto la

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

existencia de un tercero de apelación, tercero de la ley, que pueda poner límite al apoderamiento del cuerpo y de la persona de uno por otro resulta central.

F. Ulloa (1995) piensa el par crueldad-ternura en su condición ética en tanto existencia o no del reconocimiento de un semejante, de alteridad. La comparación entre la frecuencia de registros en HC y el tiempo de demora casi nulo en la respuesta de una carta o pedido de informe nos hacen pensar por un lado en la diferencia de estatuto de los internados y los no internados. En espacios manicomiales se vuelve posible a través del acostumbramiento propio de “lo cruel” dejar a una persona en condiciones de vida infrahumanas y abandonarla a su suerte. El estigma psiquiátrico como inhabilitador de la enunciación de la palabra es parte del proceso de negación de la condición de persona.

Hemos descripto algunos fenómenos que planteamos son manifestaciones de un mismo estatuto degradado de humanidad para las personas internadas en un manicomio. Estas serían manifestaciones del trato que puede dársele a un grupo particular de personas que llegaron a dicho estatuto (de *nuda vida* podríamos aventurar) a partir de una primera internación devenida en estigma psiquiátrico. Ahora bien ¿estas personas representan a todos los estratos sociales? ¿En qué circunstancias llega una persona a su primera internación en un manicomio?

F. Basaglia, reconocido psiquiatra italiano considerado fundador de la antipsiquiatría, (1972) plantea que habría una serie de instituciones que tendrían como leitmotiv la violencia (productora y producto de exclusión) ejercida por aquellos que representan al sistema sobre otros que están bajo su dominio. Este accionar se haría en nombre de una supuesta necesidad y al amparo de cierta producción científica legitimadora. Dentro de ellas estaría el discurso psiquiátrico y el manicomio como institución. Con base en una estructura social excluyente en las prácticas psiquiátricas se vislumbraría el lazo de dependencia entre psiquiatría y justicia, el origen de clase de las personas internadas y la no neutralidad de la ciencia. Acordamos con Basaglia. Cuatro de las ocho HC transcriptas y analizadas en profundidad llevaban el sello de interdictas y tenían oficios judiciales (Marité) (Tita) (Romina) o bien intervenciones policiales (NN) (Marité) y todas ellas eran de sectores trabajadores. Según este psiquiatra (1972) hay un tipo de relación de una persona internada que implica la desaparición de sus derechos y el abandono a merced de la arbitrariedad. Ello ocurriría cuando dicha persona no tuviera poder

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

contractual en tanto enfermo pobre y no productivo. Es a la clase trabajadora en caso de enfermedad a la que se la destinaría al manicomio⁶³.

El sociólogo francés R. Castel (1991) por su parte aporta la dimensión de los vínculos sociales para plantear lo que él llama la marginación institucionalizada. Él conceptualiza un proceso de doble desafiliación que conduce a la franca marginalidad (Castel 1991). Tomaremos sus reflexiones para pensar la muerte en un manicomio como proceso de marginalización pero dentro de una institución donde la modernidad alojó aquello que dificultaba el normal funcionamiento de su sociedad. Caracteriza la existencia de ciertas instituciones específicas para “hacerse cargo” de ciertos grupos poblacionales “dependientes”. Así por ejemplo

(...) la psiquiatría clásica que constituye el ejemplo-tipo de un hacerse cargo especializado con instituciones especializadas, profesionales especializados, e incluso una legislación especial. Sin embargo, ese despliegue de tecnicismo ha llevado, en el hospital psiquiátrico clásico, a formas sutiles y científicamente legitimadas de exclusión, de las cuales la medicina mental moderna tiene dificultades para apartarse (Castel, 1991, p.4).

Las internaciones de los recorridos reconstruidos parecieran vincularse con familiares que no llegaban a poder sostener a uno de sus miembros, e incluso hospitales generales que decían no poder sostener internaciones psiquiátricas debido a “problemas en la cantidad de camas” o porque su presencia podría traer “riesgos e inconvenientes” e incluso el HNA podía plantear que por su cronicidad podían pasar al Asilo. Así fueron derivadas o llegaron a Lomas como establecimiento que se haría cargo de esas situaciones. A Stolkiner (1994) plantea que en momentos de ajuste económico, crisis, fragmentación y fragilización de los lazos sociales muchos grupos dejan de poder hacerse cargo de sus miembros más fragilizados. En esta misma línea Castel (1991) plantea que el nivel de recursos económicos no alcanza para caracterizar la situación de marginalidad y postula que los grupos sociales que llegaron a

⁶³ Las mujeres cuyas HC analizamos en profundidad eran de sectores trabajadores según reconstruimos a partir de sus ocupaciones, las descripciones de casa de familiar y su grado de alfabetización. Si el analfabetismo durante el siglo XX en Argentina fue descendiendo notablemente (para el censo de 1960 era del 8,4%) (INDEC; 1973), de estas mujeres la que mayor grado de alfabetización formal alcanzó fue Felisa que llegó hasta 6° grado. El resto había alcanzado niveles inferiores o incluso era analfabeta (Romina). Estas mujeres eran de sectores trabajadores y posiblemente el tipo de relación que implicó su internación no pareciera alejado de la desaparición de sus derechos.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

situaciones de marginalidad profunda o desafiliación tienen en común haber transitado un recorrido con “un doble desenganche”: del mundo del trabajo y de la inserción relacional. ¿Ocurrió esto en las internaciones de las fallecidas de “Lomas”? El desenganche de los vínculos sociales -que padecen las personas internadas en manicomios, muchas de ellas migradas para ser internadas (Tita) o inmigrantes (Elsa) o migrantes internas (Gabriela), muchas solteras, muchas viudas- asociado a cierta inestabilidad económica de los grupos familiares o relacionales que eran todos trabajadores puede dar cuenta de la desafiliación que sufren las personas internadas en un manicomio hasta su muerte.

Nos preguntábamos también por la labilización de los vínculos y en relación al análisis sobre “altas a pruebas” pudimos notar que en muchos casos se debe al pedido de familiares. Ahora bien, ¿qué ocurre cuando esas personas pierden vínculos sociales centrales (esposo, padres, hijos, amigos) ya sea por su migración o por el fallecimiento de esos seres? ¿Qué ocurre con esos otros cuando se viven tiempos de ajuste económico? ¿Qué ocurre con las personas internadas? Disponemos del dato “estado civil”, los registros de visitas y de egresos en las ocho HC relevadas. Clelia (salió entre 1946 y 1948, entre 1948 y 1951, entre 1951 y 1953) y Marité (salió en 1951 dos veces por períodos breves de meses, en 1952 por dos años) tuvieron reiteradas “altas a prueba” a pedido de sus esposos. El 46% de las fallecidas en el período de estudio eran solteras al momento de su internación, el 16% viudas y el 30% casadas. Ahora bien al momento de la muerte luego de años de internación es probable que muchas hubieran enviudado. En muchos casos la existencia de un otro que puede ser un esposo, un familiar, un amigo puede implicar vínculos relacionales de los que no se desafilien las personas y por ende no queden totalmente marginadas (Marité) (Tita) (Elsa).

A partir de los resultados de esta tesis coincidimos con Basaglia (1972) y R Castel (1991) en que en los manicomios no se interna y muere cualquier persona. Son internadas las personas con padecimiento mental que son oprimidas, son trabajadoras, y están solas y desafiliadas; por ende convertidas en historias críticas producto en parte de un sistema de producción que produce exclusión, descomposición social, enfermedad y muerte. Por lo planteado anteriormente estamos convencidos de que no alcanza solamente con un nivel institucional para comprender por ejemplo un crecimiento de fallecimientos en un manicomio en quince años. ¿Si el manicomio mata, por qué mata de modo tan “desparejo” de año a año? Esos quince años la lógica manicomial estuvo vigente con momentos de mayor o menor crisis y cuestionamiento. Sabemos de fuertes disputas en torno al tratamiento de la locura hacia fines de los años 50 y hacia fines de los años 60 cuando el CP presentificó otra lógica de

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

abordaje. Esas crisis y debates se produjeron en un marco mayor de disputa. En 1959 A. Frondizi aplicó el plan CONINTES en un contexto de ajuste económico y gran organización de los sindicatos en lucha. En 1971 ya comenzaban a notarse los signos de la crisis económica mundial, había un profundo temor al avance del “comunismo”, el mundo había sido conmovido por el Mayo Francés, la primavera de Praga y la Plaza de Tlatelolco de México. Lo que se disputaba allí, en los años 60 ampliados, parecía ser un orden del mundo, la posibilidad de pensar un ordenamiento distinto. En ese punto coincidimos con F. Basaglia (1972) en lo referido a que la opresión en el manicomio es parte de un sistema de opresión y explotación mayor donde aquellos miembros de una clase social oprimida cuestionan o dificultan el “normal” funcionamiento productivo son encerrados en lugares especializados y dicho encierro se legitima con saberes científicos no neutrales que ejercen violencia sobre ellos. Pareciera que el manicomio ubica a las personas “al borde del abismo” y sus recorridos de internación no son ajenos a las luchas sociales de cada época.

12. COMENTARIOS FINALES y NUEVAS PREGUNTAS

Hemos descripto y caracterizado distintas particularidades que adquieren los recorridos de internación de mujeres fallecidas en el período 1957-1971 en el Asilo de Lomas-Hospital Esteves a través de un análisis de sus historias clínicas orientado a comprender el crecimiento en el número de muertes en dicho período. A partir de allí hemos arribado a algunas reflexiones y problematizaciones que consideramos pertinente sintetizar y compartir.

La primera observación es que para que los recorridos de internación no se convirtieran en mera anécdota fue necesario situarlos en distintos momentos históricos a nivel de políticas públicas, procesos sociales y de discusiones específicas en el campo de la psiquiatría y de la salud mental. La articulación con un nivel económico político – habitualmente dejado de lado- fue central para comprender este proceso. Acordamos con los planteos que se preguntan por el contexto hospitalario (Lonjedo Monzo et al. 1991), -y como mucho institucional- pero consideramos que si adolecen de un nivel macro económico-político corren el riesgo de invisibilizar la matriz social de producción de los PSEA. Podríamos aventurarnos a decir que la internación en un manicomio ubica a las personas internadas al filo del precipicio y que las propuestas alternativas al manicomio intentan sacarlas de allí. Ahora bien, tales disputas institucionales no parecieran darse por fuera de procesos sociales mayores (implementación de planes ajuste económico, organización de los trabajadores, procesos sociales de cuestionamiento del orden instituido, represión).

Pareciera que mientras exista un lugar destinado a encerrar y ubicar lo indeseable, dicha lógica no podrá superarse. Quedan registros de que un hospital general y hasta incluso un centro piloto -contrario a dicha lógica- pueden derivar al manicomio a aquellas personas que no se adecúan a sus expectativas y posibilidades de abordaje.

En cuanto a los distintos momentos delimitados para “Lomas” hemos encontrado en cada uno de ellos cuestiones novedosas respecto de momentos anteriores pero muchos más elementos de continuidad. Dentro de los elementos comunes encontramos: un valor depreciado a la voz de las personas internadas, escasos registros y centralmente referidos a funciones básicas de la vida de las personas o rutinas o a procedimientos sobre el cuerpo, insuficientes cuidados clínicos que usualmente no resuelven los problemas de las personas internadas, deficientes medidas de higiene y bio-seguridad, insuficiente cantidad de trabajadores con escasa formación y salarios magros. Los mismos dan cuenta de la lógica

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

manicomial, el *estigma*, la *nuda vida* y así como sus efectos sobre los cuerpos. Entre las novedades notamos la incorporación de las terapias de shock hacia mediados de los 40, la incorporación los psicofármacos hacia fines de los 50, el crecimiento de las intervenciones del trabajo social en los 60, el cambio en el perfil de los fallecidos según el año (crónicos o agudos) cambios en la dependencia institucional, en las políticas públicas.

A grandes rasgos distinguimos tres cuestiones entre las personas fallecidas en el período de estudio. Las cronificadas que fallecieron abruptamente hacia 1959 y hacia 1971 y las que fallecieron con menos de un año de internación hacia principio de los 60 principalmente.

Entendemos que las personas cronificadas, constituyen un grupo social especialmente sensible (vulnerabilizado) a los procesos de ajuste económico y crisis institucional debido a su salud desgastada por años de manicomio (con condiciones de vida de higiene y alimentación deficientes, procesos infecciosos y diarreicos a repetición no resueltos, proporción insuficiente de trabajadores por personas internadas, trabajadores con escasa formación y adversas condiciones laborales). Los procesos de ajuste económico y desfinanciamiento de la institución hospitalaria se materializaron en “Lomas” y podemos reconstruirlos de acuerdo a ciertos indicadores: reducción abrupta del personal técnico auxiliar, disminución de estudios clínicos y empeoramiento en las ya deficientes condiciones de vida y trabajo en el manicomio. El pico de fallecimientos de este grupo (y también del siglo) ocurrió en 1959 y coincidió con un plan de “reestructuración y racionalización del Estado” y una caída del poder adquisitivo de la moneda debido al proceso inflacionario que afectó el presupuesto asignado. Creemos que no casualmente ese año se fundó la Cooperadora de “Lomas”. Este proceso se desarrolló en paralelo a la creación de un INSM que implicó una fuerte discusión en torno a las prácticas manicomiales y repetidas propuestas de financiamiento de actividades extramurales. Asimismo hacia fines de la década de los años 50 comenzaron a utilizarse los psicofármacos, de reciente aparición, y fueron administrados por profesionales de los que se decía que tenían escasa formación. Es decir que dicha crisis institucional de las prácticas y discursos en torno al tratamiento de las personas con padecimiento mental se dio en un contexto de ajuste económico. En suma, creemos que la salud desgastada de las personas cronificadas en un manicomio fue rápidamente sensible a los procesos de ajuste económico combinados con innovaciones terapéuticas (psicofármacos por ejemplo) con escasa formación del personal a cargo.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Por otro lado, el grupo de las personas fallecidas con menos de un año de internación creció notablemente a partir de 1960 teniendo tres picos: 1962, 1967 y 1969. Ingresaron vía la admisión de “Lomas”. La población en sí misma presenta particularidades: a principio de los 60, momento en el que intuimos que cambió el circuito de ingreso más notoriamente (ya no tan frecuentemente vía HNA), se internaron niños y comenzaron a ingresar los varones. También creció la cantidad de personas ingresadas con más de setenta años. Muchos procedían de localidades del sur del conurbano bonaerense, próximo al hospital. Para esos tres picos hay dos tipos de admisión: la de 1962 y 1967 y la de 1969. De la segunda sabemos por sus protagonistas del CP que tenían recursos y buenos salarios y que tuvieron gran circulación de pacientes (externaciones a los pocos meses) e incorporaron a varones en general con problemas de alcoholismo. Ahora bien, de la primera sería interesante indagar la organización del trabajo del servicio de clínica médica y la anamnesis en la admisión en tanto diagnóstico diferencial entre cuadros clínicos con manifestaciones psiquiátricas de síntomas psiquiátricos. Creemos que el crecimiento de fallecimientos de personas con pocos meses de internación tiene que ser leído en clave de cambios en el circuito de ingreso, cambios en la población asistida o modificación en el número de ingresos.

Del grupo de “agudos” fallecidos a principio de los 60 ¿Habría ocurrido lo mismo si en dicho momento del cambio de circuito el presupuesto y los salarios no se hubieran licuado por la inflación? Una conclusión de perogrullo sería que los tiempos de ajuste económico o “racionalización administrativa” o “austeridad” no son especialmente de buen augurio para implementar cambios en los recorridos de internación en salud mental. ¿Cuán preparada estaba la guardia de clínica médica en el diagnóstico diferencial? ¿Con qué recursos contaba? ¿Cuántos médicos clínicos había? Si no podían resolver del todo los problemas clínicos de las personas ya internadas ¿Cómo harían para hacerse cargo de todos los ingresos y poder realizar un diagnóstico diferencial entre personas con un padecimiento mental de personas con síntomas psiquiátricos producto de problemas clínicos?

Por otro lado, el estudio de casos y la utilización de distintas fuentes nos permitieron entender los recorridos de internación a la luz de otros niveles de análisis pero partiendo de las preguntas que nos planteaban dichos recorridos y no como paisaje o borde externo. El trabajo con HC nos orientó acerca de qué buscar de otros niveles a partir de pequeñas marcas y detalles por las que podían irrumpir los procesos históricos. Las fechas de las HC, los sellos de las notas e informes, las nacionalidades y lugares de procedencia, los formularios, censos y

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

certificados nos dieron valiosa información acerca del funcionamiento y redes alrededor de las personas internadas en distintos momentos.

Otra cuestión que no puede ser pasada por alto acerca de las HC remite a la insistencia en los registros de problemas clínicos que tardan meses e incluso años en resolverse y muchas veces directamente se convierten en el organizador de la escritura de las HC. Dichos problemas de acuerdo a las condiciones de vida reconstruidas visibilizan dos cuestiones: las condiciones de higiene deficientes y la dificultad para resolver problemas clínicos que no requieren proezas técnicas sino medidas de higiene y condiciones de vida dignas. En este punto insistentemente debatimos internamente acerca de los beneficios que podría traer la asistencia en salud mental en hospitales generales. Considerando las recomendaciones -que tienen ya más de sesenta años acerca de los beneficios que traería para los tratamientos en salud mental la inserción de los servicios de salud mental en hospitales generales o la apertura de los monovalentes a otras especialidades nos preguntamos: ¿Por qué aún hoy continúan existiendo los manicomios? ¿Cuáles son los riesgos de su transformación en un hospital general? ¿Qué actores se oponen a este proceso? ¿Qué garantías y cuidados tendrían que guiarnos para transformarlos? ¿Cuáles son las nuevas formas de presentación de la lógica manicomial en nuestros días? ¿Es posible que se traslade la lógica manicomial a los hospitales generales? ¿Qué características hacen del sistema público el único que podría poner en jaque las lógicas manicomiales? ¿Qué valor social tiene en fallecimiento de una persona internada en la actualidad?

Esta tesis se propuso aportar en el sentido de producir prácticas en salud mental que defiendan la vida de las personas y denuncien los destratos y desinterés característicos de la lógica asilar-manicomial aún operante en muchos hospitales de nuestro país. ¿Es posible que dejen de existir espacios con lógica manicomial dentro de un sistema de producción cuyo núcleo vertebrador es la mercantilización de las distintas facetas de la vida humana? ¿Es posible la desmanicomialización en un solo servicio? ¿En un solo hospital? ¿En un solo país? ¿Qué destino tienen las propuestas alternativas al manicomio que conviven con él?

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acta Neuro-psiquiátrica Argentina. En torno al problema de la asistencia psiquiátrica nacional. [Editorial]. 1959:5.

Acuña C, Chudnovsky M. El sistema de salud en Argentina [Internet]. 2002 [citado 21 mar 2016]. Disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>

Agamben, G. Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida. 4a reimp. Valencia: Pre-textos; 2013.

Amarante P. Locos por la vida. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo; 2006. Capítulo Revisitando los paradigmas del saber psiquiátrico: tejiendo el recorrido del movimiento de reforma psiquiátrica.

Aplícanse suspensiones por la huelga en salud pública. En: La Prensa. 18 mayo 1965.

Augsburger AC. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos Médicos Sociales. 2002;(81):61-75.

Bardeci C, Sorrentino J. Plan de salud Mental para la República Argentina. Acta Neuropsiquiátrica. 1959;5:89-93.

Basaglia F. La institución negada. Barcelona: Barral; 1972. Capítulo La institución de la violencia.

Basaglia F. La utopía de la realidad. [Internet]. 2008 [citado 10 may 2013]. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/la-utopía-de-la-realidad>

Basaglia F. La condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio. Buenos Aires: Topía; 2008.

Bermann G. La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina. 1a ed. Buenos Aires: Paidós; 1965. Capítulos X, XIV, XVI.

Bermann S. Acerca del personal psiquiátrico auxiliar. [Correspondencia]. Acta Neuropsiquiátrica. 1959;5:94.

Bermann S. Análisis de algunos datos de estadística psiquiátrica. Acta Neuropsiquiátrica. 1959;5:150-160.

Borenstein MS, Pereira VP, Ribas DL, Alves de Almeida Ribeiro A. Historicizando a enfermagem e os pacientes em um hospital psiquiátrico. Revista Brasileira de Enfermagem. [Internet]. 2003 [citado 15 jun 2016];56(2):201-205. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a19v56n2.pdf>

Bosch G. El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina. [Internet]. 1931 [citado 15 jun 2016]. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas19/El%20pavoroso%20aspecto%20de%20la%20locur.htm>

Breilh J. Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009. Capítulo En definitiva: ¿Por qué "modos de vida" y no "factores causales de riesgo"?; p. 87-92.

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Carpintero E, Vainer A. Las huellas de la memoria I. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70 Tomo 1: 1957- 1969 Buenos Aires: Topía; 2004.

Carpintero E, Vainer A. Las huellas de la memoria II. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo II: 1970-1983 Buenos Aires: Topía; 2005.

Castel R. La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. En: Acevedo MJ; Volnovich JC. El Espacio Institucional. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1991

Castellanos LP. Sobre el concepto de salud enfermedad. Boletín Epidemiológico OPS. 1990;10(4).

Centro de Estudios Legales y Sociales; Mental Disability Rights International. Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2008.

Chapireau F. La mortalité des malades mentaux hospitalisés en France pendant la deuxième guerre mondiale: étude démographique. L'Encéphale [Internet]. 2009 [citado 8 jun 2016];35(2):121-128. Disponible en: <http://www.em-consulte.com/es/article/210733/article/la-mortalite-des-malades-mentaux-hospitalises-en-f>

Chardón MC, Scarímbolo G. En busca de nuevas categorías para pensar en salud. El cuidado y sus transformaciones. En: Blasco, M. et al.. Salud pública, prácticas integrales de cuidado y su construcción social. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2011.

Congreso de la Nación Argentina. Ley de Inmigración y Colonización N° 817. Año 1876

Congreso de la Nación Argentina. Ley de Residencia N° 4144. Año 1902

Congreso de la Nación Argentina. Ley de Defensa Social N° 7029. Año 1910

Congreso de la Nación Argentina. Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657. Año 2010. [Internet]. 2010 [citado 18 de ag. 2016]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Cutuli, A. Comunidad de Locos [documental]. Argentina; 2006.

Davila et al. Los desheredados. Trayectorias de vida y nuevas condiciones juveniles. Valparaíso: CIDPA; 2005.

Dagfal A. El ingreso del psicoanálisis en el sistema de salud: el caso "del Lanús". XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur; 9-11 ago 2007; Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Declaraciones sobre el conflicto del Hospital Esteves. En: La Prensa. 29 diciembre 1970.

Departamento de Enfermería Hospital Esteves. Reseña Histórica del Hospital Interzonal "José A. Esteves" (1908-1998). CIPRYS Reseña biográfica del Dr José a Esteves [Documento de trabajo] Temperley; 1998

Desalojó la policía al personal de un hospital en conflicto. En: La Prensa. 22 mayo 1965.

Devoto F. Historia de la Inmigración en la Argentina. 3a ed. Buenos Aires: Sudamericana; 2009. Introducción; capítulo 1, De Europa a las Américas. Perspectivas de conjunto; capítulo 6, La inmigración de Masas.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Diamant A. Mauricio Goldenberg, un camino hacia la psiquiatría humanizada. Marcas para la inserción de la psicología universitaria. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. 2010;17.

Dispúsose anoche continuar el paro en salud pública. En: La Prensa. 11 mayo 1965.

Dovio MA. La “mala vida” y el Servicio de Observación de Alienados (SOA) en la Revista Archivos de PCMYCA (1902-1913). Revista Sociológica. 2011;26(74):79-108.

Etchegoyen H. Estado actual de la psicoterapia en la Argentina. En: Bermann G. Las psicoterapias y el psicoterapeuta. Buenos Aires: Paidós; 1965.

Falcone R. Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto. [Internet]. Disponible en: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf.

Ferrara F, Peña M. ¿Qué significa la salud mental para los argentinos? Resultados de una encuesta por muestreo. Acta Neuropsiquiátrica. 1959;5:361-365.

Fijman J. Poesía Completa. 1ª ed. Buenos Aires: Del Dock; 2005.

Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. 2a ed. Buenos Aires: FCE; 2012.

Gabinete Económico y Social. A la opinión pública. En: La Prensa. 15 mayo 1965.

Galende E. Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Paidós; 1990. Capítulo El sistema de la salud mental e Historia Crítica: de la psiquiatría positivista a las políticas de salud mental.

Glaser B, Strauss A, The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company. Capítulo El método de comparación constante de análisis cualitativo; p. 101-115. Disponible en: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ginfestad/biblio/1.10.%20Glaser%20y%20Strauss.%20El%20metodo.pdf>

Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.

Golcman AA. Tendencias innovadoras en las prácticas psiquiátricas. Argentina. 1960-1970. Revista Ciencias de la Salud. 2012;10(3):387-401.

Grimson WR. Sociedad de Locos. Experiencia y Violencia en un hospital psiquiátrico. Buenos Aires: Nueva Visión; 1972.

Hobsbawm E. Historia del siglo XX. Buenos Aires: Crítica; 1998.

Huertas R. Las Serie Historias Clínicas como fuente para la historia de psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. Frenia. 2001;1(2).

Incidentes en el Pabellón Modelo del Hospital Esteves. En: La Prensa. 23 diciembre 1970.

Ingenieros J. La Locura en la Argentina. Obras Completas. Buenos Aires: Elmer; 1957.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario Estadístico de la República Argentina. Buenos Aires: INDEC; 1973.

Iriart C, Waitzkin, H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos. Revista Panamericana de Salud Pública. 2002;12(2):128-136.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

La situación en el pabellón modelo de un hospital neuropsiquiátrico. En: La Prensa. 24 diciembre 1970.

Ley Comunismo Represión N° 17.401 de 1967. [Internet] Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/260802/norma.htm> 15-6-16

Lonjedo Monzo J, Gómez Beneyto M, Sala Such E. Estudio de la mortalidad en el Hospital Psiquiátrico Padre Jofre de Bétera (Valencia). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 1991 [citado 8 jun 2016];11(38):181-185. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15227>

Los agentes de salud pública actaron en parte la intimación de volver al trabajo. En: La Prensa. 19 mayo 1965.

Marquegui DN. Inmigración y control social: nuevas perspectivas de análisis de los procesos de integración y represión del “fracaso” a partir de los libros de Serie Historias Clínicas de la Colonia Nacional de Alienados “Dr. Domingo Cabred” (Argentina) a principios de siglo XX. Ponencia en Jornadas Bicentenario: perspectivas, debates y desafíos para las ciencias sociales; 18-20 ago 2010; Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Tandil.

Maruelli MB. Análisis de propiedades estructurales y procesos de atención de problemas de salud clínico quirúrgicos en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de La Plata [tesis de maestría]. Lanús: Universidad Nacional de Lanús; 2015.

Merhy E. Salud: Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

Marradi A, Archenti N, Piovani JI. Metodología de las ciencias sociales. 2a ed. Buenos Aires: Cengage Learning; 2010. Capítulo 14, Estudio de casos; p. 213-222.

Michalewicz A, Obiols J, Ceriani L, Stolkiner A. Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio. En: Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores del MERCOSUR; 22-25 nov 2011; Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/publicaciones/usuarios_de_servicios.pdf

Navarraz VE, Jardon M. Los diagnósticos y las Serie Historias Clínicas de mujeres en los hospicios de Buenos Aires entre 1900-1930. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. 2010;17.

Pacecca MI. Migrantes de ultramar, migrantes limítrofes. Políticas migratorias y procesos clasificatorios. Argentina, 1945-1970. Informe final del concurso: Culturas e identidades en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Becas CLACSO [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2001 [citado 15 jun 2016]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/becas/2000/pacecca.pdf>

Archivo General de la Nación. Pak Linares A. Fondo Hospital Neuropsiquiátrico “José A. Esteves”. Buenos Aires: Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio; s/f.

Pierri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Rapoport M. Historia económica, política y social de la Argentina (1880-2000). Buenos Aires: Ediciones Macchi; 2000. Capítulos 4, 5 y 6.

Räsänen S, Hakko H, Viilo K, Meyer-Rochow VB, Moring J. Excess mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [Internet]. 2003 [citado 15 jun 2016];38(6):297-304. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12799779>

Realiza paros el personal del Hospital José Esteves. En: La Prensa. 31 diciembre 1970.

Rivera Garza C. La Castañeda. Narrativas desde el Manicomio General. México, 1910-1930. 4a ed. México DF: Tusquets; 2012.

Rodríguez S. Modelos de atención y financiación en salud mental en el INSSJP [tesis de maestría]. Buenos Aires: Universidad Isalud; s/f. [citado 10 mar 2015]. Disponible en: <http://www.isalud.edu.ar/biblioteca/pdf/tesis-rodriguez.pdf>.

Rosenhan D. Acerca de estar sano en un medio enfermo. En: Watzlawick P. La realidad inventada. Buenos Aires: Gedisa; 1988.

Sousa Campos GW. Gestión en Salud. En defensa de la vida. 2a reimp. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Stagnaro JC. Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina. *Frenia*. 2006;6(1).

Stake R. Case Studies. En: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research*. Los Angeles: Sage publications; 1994.

Stolkiner AI. Tiempos Posmodernos, Ajuste y Salud Mental. En: Saidon O, Troianovski P. compiladores. *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1994. p. 25-55.

Stolkiner AI. Nuevos Enfoques en Salud Mental. Ponencia en 14° Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria; 8-11 sep 2003; Sanatorio Güemes, Buenos Aires.

Stolkiner AI, Ardila Gómez S. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*. 2012;23(101):57-67.

Suspendióse la huelga del personal de Salud Pública. En: La Prensa. 22 mayo 1965.

Sy A, Pierri C, Granda P, Strasser G, Visciglia K, García C. Continuidades y cambios en la atención de personas con sufrimiento psíquico. Una aproximación a través del análisis de noventa años de Serie Historias Clínicas (1897-1987). 2014. Ponencia en XI Congreso Argentino de Antropología Social; 23-26 jul 2014; Universidad Nacional de Rosario, Rosario.

Sy A, Pierri C, Barrio AL, Gutierrez M, Naszewski M. El aporte de los datos epidemiológicos a la comprensión de la historia de la Salud Mental en Argentina. El caso del Hospital Esteves entre 1959-1973. Ponencia en IV Jornadas Interdisciplinarias Territorios, memoria e identidades; 5-6 nov 2015; Instituto Multidisciplinario de Historia y Ciencias Humanas, Buenos Aires.

Ucha Udabe R, Salto LS, Ben TA. Historia de la somatoterapia. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2002;10(4).

Pierrri, C. Muerte en el manicomio. Un estudio de caso exploratorio de historias clínicas de mujeres fallecidas en el Asilo de Lomas -actual Hospital Interzonal J. A. Esteves- entre los años 1957 y 1971. [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2016

Vainer A. Sociedad de Locos. Topía. Nov. 2005.

Vasco Uribe A. Estructura y Proceso en la Conceptualización de la Enfermedad. En: ALAMES. Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social; jul 1987; Medellín. p. 15-33.

Vezzetti H. Michel Foucault: apuntes para una arqueología de la psicología. Conferencia en XXVIII Congreso Interamericano de Psicología; 29 jul - 3 ago 2001; Santiago de Chile.

Vezzetti H. La locura en Argentina. Buenos Aires: Paidós; 1985.

Ulloa F. La novela clínica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós; 1995.

Wieja P, Romero C, Melo M. Mortalidad en enfermos psiquiátricos internados. Informe epidemiológico. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. 2001;12(42):249-257.

Zizek S. La vida vivida como electroshock. Clarín [Internet]. 24 ene 2010 [citado 7 mar 2016]: Revista Ñ. Disponible en: http://edant.revistaenlinea.com/notas/2010/01/24/_-02123859.htm

Fuentes documentales

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Base de Serie Historias Clínicas del Hospital Esteves, s/f, Disponible en AGN.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, "Serie Historias Clínicas", "Clelia", Legajo N°31, HC N°37.765.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, "Marité", Legajo N° 43, HC N°12.941.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, "Romina", Legajo N° 121, HC N°37.160.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, "Gabriela", Legajo N° 117, HC N°14.252.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, "NN", Legajo N° 85 , HC N°10.889.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, "Elsa", Legajo N° 152, HC N°12.869.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, "Tita" Legajo N° 117, HC N°7469.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, "Felisa" Legajo N° 44, HC N°43.407.

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves. Serie Legajos del personal.