

X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2018.

## **Registros de problemas y procedimientos de clínica médica y “aparentes descuidos” en el manicomio. Recorridos de internación y muerte de mujeres fallecidas en el Hospital Esteves-Pcia. de Bs. As. entre 1957 y 1971.**

Pierri, Carla.

Cita:

Pierri, Carla (2018). *Registros de problemas y procedimientos de clínica médica y “aparentes descuidos” en el manicomio. Recorridos de internación y muerte de mujeres fallecidas en el Hospital Esteves-Pcia. de Bs. As. entre 1957 y 1971. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-122/191>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewym/wmW>

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

# REGISTROS DE PROBLEMAS Y PROCEDIMIENTOS DE CLÍNICA MÉDICA Y “APARENTES DESCUIDOS” EN EL MANICOMIO. RECORRIDOS DE INTERNACIÓN Y MUERTE DE MUJERES FALLECIDAS EN EL HOSPITAL ESTEVES-PCIA. DE BS. AS. ENTRE 1957 Y 1971

Pierri, Carla

Universidad Nacional de La Plata. Argentina

---

## RESUMEN

Este trabajo enmarcado en la corriente de pensamiento de la Medicina Social Latinoamericana (Stolkiner, 1994; Castellanos, 1990) busca aportar desde una perspectiva histórica al debate aún vigente acerca de la internación de las personas con padecimiento mental severo en hospitales monovalentes o en hospitales generales. Se trata de un estudio de caso exploratorio de historias clínicas (HC) de mujeres fallecidas en el Hospital Esteves (monovalente) entre los años 1957 y 1971, período que concentró más de la mitad de los fallecimientos del siglo en el hospital. El análisis se realizó a partir de 2088 HC, la construcción de una base de datos con una muestra 372 HC con el fin de elaborar un perfil socioepidemiológico de las mujeres fallecidas, la reconstrucción de ocho casos, entrevistas a informantes clave. Las particularidades de las internaciones en este monovalente se presentan en el análisis de los siguientes registros: “aparentes descuidos”, “problemas y procedimientos clínicos” y proceso de deterioro progresivo previo al desencadenamiento de la muerte.

## Palabras clave

Salud Mental - Epidemiología - Mortalidad hospitalaria - Procedimientos clínicos

## ABSTRACT

RECORDS OF CLINICAL PROBLEMS, CLINICAL PROCEDURES AND “APPARENT DESCUIDOS” IN THE MANICOMIO. HOSPITALIZATION TRAJECTORIES AND DEATH OF DECEASED WOMEN IN THE ESTEVES-PCIA HOSPITAL OF BS AS BETWEEN 1957 AND 1971

This work is framed in the current of thought of Latin American Social Medicine (Stolkiner, 1994, Castellanos, 1990) seeks to contribute from a historical perspective to the debate still in force about the hospitalization of people with severe mental illness in monovalent hospitals or general hospitals. This is an exploratory case study of medical records (HC) of women who died at Esteves Hospital (monovalent) between 1957 and 1971, a period that concentrated more than half of the deaths of the century in the hospital. The analysis was performed from 2088 HC, the construction of a database with a sample 372 HC in order to develop a socioepidemiological profile of the deceased women, the reconstruction of eight cases, interviews with key informants. The particularities of the admissions in this

monovalent are presented in the analysis of the following registers: “apparent oversights”, “problems and clinical procedures” and progressive deterioration process prior to the onset of death.

## Keywords

Mental Health - Epidemiology - Hospital Mortality - Clinical procedures

## Introducción

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 en Argentina y 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 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. Dos años después se sancionó la Ley nacional de Salud Mental N°26.657 inscripta en un marco normativo internacional garante de derechos de las personas con padecimiento mental como la Declaración de Caracas de 1990 (APS y salud mental), los principios de Brasilia (2005). En relación a las internaciones en salud mental, dicha Ley la entiende como una medida excepcional y restrictiva (Art. 14). En sus Artículos 28 y 27 plantea que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales (Art. 28) y asimismo prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados (Art. 27). La discusión en torno a esos dos puntos aglutina a distintos actores sociales de los subsectores público, privado y de obras sociales con distintos intereses, principios rectores y concepciones de salud en las que no ahondaremos en esta oportunidad. Con el presente trabajo nos proponemos presentar algunos de los resultados de la tesis de maestría de la autora llamada “**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**” [1] a fin de aportar elementos a tal debate pero desde una perspectiva histórica. Cabe mencionar que el interés por esta discusión no orientó inicialmente la investigación sino que devino interrogante

necesario en el transcurso del trabajo de campo. Tal tesis fue realizada como becaria de dos proyectos de investigación del ISCO UNLa[ii] y consistió en un estudio de caso exploratorio de historias clínicas (HC) de mujeres fallecidas en el Hospital Esteves entre los años 1957 y 1971 debido a que en dicho período fallecieron más de la mitad (2088 de las 4058 HC) de las personas fallecidas en el Esteves entre su fundación y 1987[iii].

Me detendré en los siguientes aspectos relevados en las HC:

1. Registros de “aparentes descuidos”.
2. Registros de “problemas y procedimientos clínicos” preeminentemente en un marco de infrecuentes evoluciones de HC.
3. Registros del proceso de deterioro progresivo previo al desencañamiento de la muerte.

### Estado del arte

Numerosos estudios han mostrado 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) destacaron que la mortalidad de pacientes internados en un hospital psiquiátrico en Valencia entre 1974 y 1985 fue siete veces mayor que la de la población general. En ese sentido plantearon que la mortalidad de las personas internadas podría ser un indicador fundamental del funcionamiento de dichas instituciones (Lonjedo Monzo, Gómez Beneyto & Sala Such, 1991, p. 181).

Por su parte en Finlandia, Räsänen, Hakko, Viilo, Meyer-Rochow & Moring (2003) plantearon que el riesgo de muerte por cualquier causa 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.

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 golpeó particularmente 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.

Borenstein, Pereira, Ribas & Alves de Almeida Ribeiro (2003) realizaron un estudio de tipo histórico en el Hospital Colonia Sant’Ana en el período de 1941-1960 y según ellos las precarias condiciones generales en cuanto higiene y escasez de ropa limpia predisponían a infecciones, como escabiosis y pediculosis.

### Marco teórico

Este trabajo se enmarca dentro de la corriente de pensamiento de la Medicina Social Latinoamericana (Stolkiner, 1994; Castellanos, 1990) la cual postula que es posible comprender los procesos salud-enfermedad-atención (PSEA) desde distintos niveles de análisis jerarquizados y vinculados entre sí (Castellanos, 1990; Stolkiner, 1994). Lo económico-político, lo institucional y lo singular (Stol-

kiner, 1994) y lo general, lo particular y lo singular (Breilh, 2009; Castellanos, 1990) se entretienen creando una trama. El concepto proceso salud enfermedad atención refiere a una concepción de salud como un proceso complejo, histórico, social en el que se entraman las condiciones de vida de los grupos sociales, los modelos de atención, el acceso, los discursos sociales instituidos, entre otras cuestiones. Los recorridos de internación de las mujeres fallecidas entre 1957-1971 en el Esteves fueron 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).

Asimismo en un nivel institucional ubicaremos el manicomio tal como lo conceptualizaron Foucault (2012), Basaglia (1972) y Ulloa (1995). En relación a la conceptualización de 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 lo convertían 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 mediante técnicas que podrían ser calificadas de tortura. 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.

### Metodología

Este trabajo presenta algunos resultados de un estudio exploratorio de casos. Este tipo de estudio 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). La elección del tipo de estudio se fundamenta en que el crecimiento en el número de muertes en el Esteves en el período 1957-1971 resulta un fenómeno novedoso. Trabajé con un fondo documental de HC disponible en el archivo intermedio del Archivo General de la Nación (AGN).

Contaba con una base de datos brindada por AGN (4058 historias clínicas) donde las HC habían sido ordenadas por año de ingreso y registraban el año de fallecimiento lo que me permitió arribar a una definición del período y problema de estudio partiendo desde el mismo trabajo de campo. Identifiqué así que más de la mitad de los fallecimientos del siglo habían ocurrido en quince años y por ende se delimitó el conjunto de las 2088 HC correspondientes a las personas fallecidas en dicho período.

Desde el equipo de investigación se realizó la carga de una base de datos de una muestra aleatoria simple del 20% con un número mayor de variables socioepidemiológicas y de dicha muestra trabajé sólo con las referidas al período en estudio -372 HC-. A partir de un análisis cuantitativo de esas 2088 HC y 372 HC seleccioné ocho HC (“Elsa”, “Marité”, “Gabriela”, “NN”, “Tita”, “Felisa”, “Romina”, “Clelia”[iv])[v] que fueron transcritas textualmente y analizadas en profundidad 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’ de las mismas. A posteriori de ese análisis, realicé la reconstrucción de esas ocho HC como casos lo que implicó una descripción del recorrido de internación hasta la muerte de esas mujeres. Esta reconstrucción me permitió conocer los procesos de deterioro progresivo previos al desencadenamiento del fallecimiento. Asimismo realicé entrevistas en profundidad a informantes clave, análisis de datos estadísticos.

## Resultados

**Casi la totalidad de las 2088 HC** de personas fallecidas en el período de estudio eran mujeres (96%); la mitad de todas ellas era argentinas, y la otra mitad principalmente españolas e italianas. Casi la mitad al momento de internarse eran solteras y un tercio eran casadas. De estas mujeres más de la mitad se dedicaban a los “quehaceres domésticos”, una cuarta parte no registraba ocupación y la otra cuarta parte se ocupaban principalmente como servicio doméstico, cocineras, costureras, entre otras.

**De la muestra de HC (372 HC)** el 34% falleció en los meses de invierno; el promedio de edad de fallecimiento fue de 65,3 años cuando para 1960 según el censo la esperanza de vida al nacer en población general era de casi cuatro años más (INDEC; 1973). Un 20% de estas personas fueron internadas por sus hijos/as, un 14% por sus hermanos/as, y casi otro 14% por sus esposos. A partir de los resultados del análisis cuantitativo fueron seleccionadas las ocho HC analizadas en profundidad lo que permitió visibilizar otras problemáticas opacadas en la factorización cuantitativa. De ese segundo momento de trabajo surgieron los siguientes resultados:

### · “Aparentes descuidos”.

Al analizar en profundidad las ocho HC transcritas se hizo necesaria la creación de una categoría que nominé “aparentes descuidos” y refiere a registros de situaciones donde no se brindó asistencia oportunamente (no incluyendo los casos de problemas clínicos que no se resolvían y volvían a registrarse meses y años después), o bien

a registros de cuestiones que dan cuenta de una posible escasa atención de parte de la institución para las “pacientes” considerando especialmente que se trata de personas internadas en un “hospital”. Los siguientes son fragmentos de HC que fueron categorizados de tal modo:

“Elsa” consiguió tintura, se tiñó el pelo, aparentemente se la dejó más tiempo del usual y se produjo una “dermitis”. ¿Cuándo, dónde y cómo se aplicó la tintura? ¿Nadie la vio teñirse?

Por su parte “Romina” una noche se lastimó produciéndose una herida profunda en un dedo y los registros de su HC describen que -recién- lo notaron al día siguiente por lo que no habría sido “necesario hacerle sutura sino sólo antisepsia”. ¿Quién solía estar de noche en el hospital? ¿Cómo se resolvían los problemas de salud en dicho turno? ¿Había alguien a cargo del pabellón? ¿Cuántos profesionales y cuidadores estaban asignados para qué número de pacientes internadas? ¿Nadie la vio?

“Gabriela” fue “encontrada” en el patio obnubilada con una infección facial y según el registro la lesión parecía tener horas. ¿Qué condiciones tiene que haber para que una persona se caiga en un patio de un hospital y quede en el piso durante horas hasta ser “hallada”?

En el caso de “Marité” fueron sus compañeras quienes las sostuvieron del vacío de la escalera en sus dos intentos de suicidio dentro del establecimiento. ¿Qué relación numérica había entre cuidadores y personas internadas había?

¿Son estos “descuidos” excepcionales, aislados o manifiestan las limitaciones inherentes a este tipo de institución?

### · Preeminencia de registros de problemas y procedimientos clínicos en un marco de infrecuentes evoluciones de HC.

En el análisis cualitativo de las ocho HC fue posible notar que los registros en general resultaban escuetos y su frecuencia disminuía con el paso de los años llegando a ser semestrales[vij]. Pareciera haber sólo dos momentos de registros más frecuentes y con mayores descripciones: el ingreso y el fallecimiento. En el primero es usual encontrar ciertas descripciones de “estado mental” y estado físico y el segundo suele iniciarse con un registro de “pase a clínica médica” donde en algunos días se concentran con frecuencia diaria registros de procedimientos y estado clínico de la persona hasta su fallecimiento.

En el transcurso de la internación los registros no sólo eran infrecuentes, sino que describían primordialmente problemas y procedimientos clínicos (Clelia), lesiones por otras personas internadas que requirieran sutura o cura (Marité). De hecho la categoría de registros de “problemas clínicos y procedimientos clínicos” es la que condensa mayor número de fragmentos (120) asignados de las ocho HC.

Ahora bien, ¿qué problemas y procedimientos clínicos se registraban? Los mismos refieren a repetidas 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 y prescripciones relevé: “fomentaciones con agua d’Alibour”, “hielo”, drenajes, cura plana/local, pince-

laciones de alcohol, “vendajes”, “dentista”, control de temperatura/presión, dietas, análisis de sangre y orina, examen de material fecal, examen ginecológico, examen parasitológico, prescripción de antibióticos/vitaminas/sellos antigripales/aspirinas, “reposo”, suturas, administración de extracto hepático/de bebida expectorante, “observar deposiciones diarreas”, aplicación de suero glucosado/fisiológico, “sonda alimentaria”, “jugos”, “té azucarado”, sopas desengrasadas, gotas nasales, radiografías, yeso, ejercicios post yeso, diuréticos, cirugía.

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 (...) Fomentaciones con agua de Alibour en lesión pierna. Fomentaciones... en talón (Felisa).

Los infrecuentes registros referidos al “estado mental” (tratamiento/síntomas/diagnóstico) generalmente se desencadenaban a partir de la solicitud de informes de juzgados o familias y usualmente copiaban literalmente la respuesta donde se informaban cuestiones como “levantada tranquila, mismo estado mental, come y duerme bien” y no evidenciaban la existencia de un proyecto terapéutico. En otros casos se desencadenaban a partir de “mal comportamiento”, agresiones al personal y se acompañaban de procedimientos como inyecciones de leche, aumentar dosis de medicación, “restraint” sugiriendo prácticas de castigo y no especialmente terapéuticas.

¿Qué estatuto social tiene una persona que puede estar internada más de 60 años con registros semestrales en su HC? ¿Qué características tiene una institución de salud que registra cada seis meses una evolución en HC? ¿Por qué en un neuropsiquiátrico el registro predominante de las HC es el de problemas y procedimientos clínicos por sobre el de aquellos referidos a la “salud mental”?

#### · Registros del deterioro progresivo previo al desencadenamiento de la muerte.

El registro de causa de muerte tuvo algunas complejidades. En la muestra de 372 HC analizada en repetidas oportunidades se registraba “insuficiencia cardíaca aguda” o bien “paro cardio-respiratorio no traumático”, información que hace poco nítido el desarrollo de dicho proceso. Sólo es posible mencionar que entre las causas registradas se encuentran ordenadas 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.

#### Historias críticas, proceso de deterioro progresivo previo a la muerte.

Por la vía de la reconstrucción de casos fue posible aproximarnos más a los procesos de desencadenamiento de muerte, presento aquí fragmentos de los mismos orientados a pensar el proceso que transitan los cuerpos en años de manicomio y los desencadenamientos de procesos de muerte.

“**Felisa**” falleció a los 48 años en 1957, había llegado al Esteves

cinco años antes. En su registro de fallecimiento se registró un “síndrome cardíaco” pero desde meses atrás se registraba un proceso de “hepatización de ambos pulmones” y reiterados registros desde su ingreso con lesiones erisipelosas en piernas, “ántrax en glúteo”, “forúnculo en mano” y abscesos que drenaban “espontáneamente”, “edema inflamatorio en pierna”, “herida lineal en 1/3 medio de la cara anteroexterna de la misma pierna”, “absceso en su pierna y pie” “pus amarillo cremoso drenando espontáneamente” para lo que le aplicaron “fomentaciones”, “agua de Alibour”, “cura plana” y le administraron penicilina.

“**Clelia**” falleció a los 56 años en 1959, año de pico de fallecimientos en el Esteves. Había sido internada 13 años antes. En su HC se registraron principalmente problemas clínicos como fiebre, conjuntivitis, diarreas, escaras, “placa erisipelosa en cara”; asimismo es notable el uso de chaleco, restraint y métodos de “contención”. A un mes de ingresar tenía “una gran escara sacra con zonas necrosadas” y lesiones por “fricción del restraint”. Los registros de su HC con los años continuaron registrando su “gran escara sacra” hasta su fallecimiento precedido de diarreas.

“**NN**” nunca fue identificada, ingresó derivada del Hospital Fiorito luego de haber sido atropellada por un vehículo. El director de dicho hospital solicitaba su internación “ya que su permanencia en nuestro servicio de guardia ocasiona serios riesgos e inconvenientes”, corría el año 1961. Al ingresar al Esteves 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”. Cuatro meses después había desarrollado una neumopatía y tenía un “cuadro febril”. Le indicaron estreptomycin y penicilina, control de temperatura y culmina el registro con un “Debe ser vista por la guardia. En observación”. Horas después falleció.

**Elsa** fue internada en 1919, era española, trabajaba de “sirvienta” en un domicilio. Tuvo una salida de meses, reingresó y hasta que falleció con 78 años estuvo internada. De 1950 a 1955 su HC no tuvo registros y los registros posteriores principalmente refirieron a agresiones, suturas, algún registro de trabajo en labores y copias de informes a su patrón que preguntaba vía correo por su estado “si está viva la Srita. Elsa”.

**Gabriela** falleció con 52 años en 1970 por una “insuficiencia cardíaca aguda” con una enterocolitis como antecedente clínico a los ocho meses de haber ingresado al Esteves. Los últimos tres meses los registros de diarreas son los principales y el registro anterior a su fallecimiento es el de “sepsis médica”.

**Tita** era italiana, vivía en Comodoro Rivadavia y fue trasladada en 1949 por la policía al Hospital Nacional de Alienadas. Luego fue derivada al Esteves y 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, le hirieron el cuero cabelludo y tuvieron que suturarla en varias oportunidades. Al año de su internación 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 “tisiología”. También tuvo un yeso en la muñe-

ca. 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 administraron penicilina, estreptomycinina en mayo de 1970 falleció a las 75 años de edad. Se registró que falleció de “miocarditis crónica”.

**Romina** era española había tenido 11 hijos y 7 habían muerto. En 1945 con 69 años fue internada. Murió a los 94 años en 1970 y en su HC es posible encontrar registros referidos a que un mes de ingresar creyeron moriría por una neumonía y llamaron a las “Hermanas” para los servicios espirituales pero sobrevivió. Estuvo en el registro de no videntes, tuvo fiebres, tuvo pulso taquicárdico y catarro bronquial, placas de erisipela en la región frontal, agresiones en ojos que devinieron en heridas, placas erisipelosas en las piernas, “escaso aseo”, tumoración en pie, hematomas, flemón en labio, luxación clavicular a causa de una caída, un quiste sebáceo y heridas cortantes en cuero cabelludo, lipotimias, “colitis”, herida en mano. Las indicaciones clínicas refirieron a “sellos” y bebida expectorante, vacunas antitíficas, desinfección de heridas, aplicación de hielo, drenaje de abundante pus, operación de cataratas, aplicación de bolsa de agua caliente, calentamiento de cama, penicilina, estroptimicina.

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. En octubre de 1970 falleció debido a una “insuficiencia aguda”.

**Marité** falleció en 1971 luego de 21 años de internación, permisos de salidas, fugas reiteradas. Había sido internada en 1950 a los 26 años. Padece durante sus internaciones enfermedades vinculadas a los pulmones, forúnculos en muslos, lesiones en espalda, lesión epidérmica en manos, bronquitis catarral, escamaciones en la cara por una agresión, una mordedura en la mano, gripe, diarreas, orzuelo en un párpado, erupciones, lesiones de rascado. Para 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.

### **Pus, gangrena y condiciones de vida en el manicomio**

Los “aparentes descuidos” leídos en línea con la preeminencia de registros de procedimientos clínicos vinculados a procesos infecciosos por sobre registros de salud mental y los procesos de deterioro progresivo previos al desencadenamiento de la muerte interrogan acerca de las condiciones de vida y trabajo para trabajadores y “pacientes” y acerca de las particulares manifestaciones de la lógica manicomial en estos recorridos de internación en un neuropsiquiátrico.

**En cuanto a las condiciones de trabajo** según los cálculos de G. Bermann (1965) considerando todos los profesionales médicos en 1957, la razón era de 171 personas internadas por cada médico. Cabe mencionar que en los años 60 cualquier médico recibido podía atribuirse el nombre de psiquiatra (Bermann G, 1965) y los salarios que tenían eran tan bajos que muchos tenían otros trabajos para mantenerse (Bermann G, 1965). ¿Qué posibilidad material de proyecto terapéutico habría en dicho hospital? ¿Cómo sería el acceso a los cuidados clínicos?

**En cuanto a las condiciones de vida**, según miembros del equipo del centro piloto de Comunidad Terapéutica que estuvieron en el Esteves entre 1968 -1971, en el resto del hospital (por fuera del pabellón piloto) los almuerzos eran a las 10:30 de la mañana, las cenas a las 15:30 por conveniencia del personal, se realizaba un baño semanal casi siempre con agua fría, los baños no tenían higiene, la mayoría del escaso personal tenía un empleo mal pago y duro (Grimson, 1972). Esta misma situación la describió Jorge Zrycki -psiquiatra del CP- en una 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). 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 (Grimson, 1972, p.180). Asimismo la diferencia entre presupuesto por día por paciente de un hospital general y el de un hospital neuropsiquiátrico para estos años era notable. 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). Esta jerarquía presupuestaria indica que los hospitales generales tenían dieciséis veces más presupuesto por día por paciente que un asilo de crónicos.

**En cuanto a la lógica manicomial** expresada en estos recorridos de internación el hecho de que los registros sean casi semestrales y preeminente clínicos por sobre los de salud mental; que se desarrollan procesos de “aparentes descuidos” y de deterioro progresivo previo a la muerte; que el desencadenamiento de registros referidos a salud mental lo produzca un pedido de informe judicial o familiar y no un proyecto terapéutico sugieren las características de la institución manicomial como lugar simbólico y material que se creó para alojar a quienes no se enmarcaban en las características del ciudadano moderno y racional, como dispositivos de control y protección de la “sociedad” de tal peligrosidad (Foucault, 2012). O como plantearía F Basaglia son manifestaciones de una objetivación de los pacientes expresada en el hacinamiento, falta de higiene, descarga de agresividad por parte de profesionales sobre los cuerpos y psiquis de los pacientes mediante técnicas que podrían ser calificadas de tortura (Basaglia, 1972).

¿Cómo habría sido su recorrido de internación y el desarrollo de sus procesos salud- enfermedad-cuidado hubiesen sido asistidos en un hospital general de agudos? Por esos años el Dr. M. Goldenberg planteaba que los hospicios estaban “llenos”, “mal atendidos” (Carpintero y Vainer, 2004) y por eso proponía la atención en dispensarios y consultorios externos en hospitales generales pues esto acercaba a los psiquiatras a la medicina general y a los servicios complementarios de investigación y tratamiento haciendo 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 tensión con este planteo el director del Htal. Fiorito pedía el traslado de “NN” a dicho “hospital” debido a los “serios riesgos e inconvenientes” que le traía una paciente internada de salud mental?

## Reflexiones y nuevas preguntas

Estas personas fallecieron en un hospital Neuropsiquiátrico entre 1957 y 1971. Cabe preguntarse si en el Esteves había suficiente capacidad de intervención desde lo clínico médico.

Podríamos aventurarnos a decir que la internación en un manicomio con condiciones de vida y trabajo precarias ubica a las personas internadas al filo del precipicio de problemas clínicos vinculados a la higiene, a los problemas y cuidados clínicos. Hemos descripto fallecimientos posteriores a meses de infecciones en piernas, devenidos en gangrena, a tuberculosis, a meses de diarreas. Si relacionamos tales apreciaciones con mayor mortalidad en neuropsiquiátricos probada por la bibliografía consultada (Lonjedo Monzo, Gómez Beneyto & Sala Such, 1991; Wieja, Romero & Melo, 2001) se completan los efectos de una lógica acorde a la existencia de un lugar destinado a encerrar y ubicar lo “indeseable” lo molesto socialmente.

La insistencia o preeminencia de registros de problemas clínicos que tardan meses e incluso años en resolverse muchas veces 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 y 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?

## NOTAS

[i] Dirigida por la Dra A. Sy y codirigida por el Lic. A Vainer.

[ii] Ambo proyectos de investigación 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” fueron dirigidos por la Dra. A Sy.

[iii] Último año incorporado en el fondo documental de AGN (1897-1987).

[iv] 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 do-

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.

[v] Seleccioné según prevalencia en el análisis y en base a registro de HC “cualitativamente rica”: una española ingresada antes de 1920 (Elsa), una mujer cronicada 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).

[vi] de hecho la HC de Elsa no tuvo registros por cinco años, entre 1950 y 1955.

## BIBLIOGRAFÍA

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.

Basaglia, F. (1972). Capítulo La institución de la violencia. En *La institución negada*. Barcelona: Barral.

Bermann, G. (1965). Capítulos X, XIV, XVI en *La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina*. 1a ed. Buenos Aires: Paidós.

Bermann, S. (1959). Acerca del personal psiquiátrico auxiliar. [Correspondencia]. *Revista Acta Neuropsiquiátrica* 5:94.

Bermann, S. (1959). Análisis de algunos datos de estadística psiquiátrica. *Revista Acta Neuropsiquiátrica* 5:150-160.

Breilh, J. (2009). Capítulo En definitiva: ¿Por qué “modos de vida” y no “factores causales de riesgo”? En Breilh J. *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad* (pp. 87-92). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Carpintero, E., Vainer, A. (2004). 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.

Carpintero, E., Vainer, A. (2005). 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.

Castellanos LP. (1990) Sobre el concepto de salud enfermedad. *Boletín Epidemiológico* 10(4).

Centro de Estudios Legales y Sociales; Mental Disability Rights International (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Chapireau, F. (2009). La mortalité des malades mentaux hospitalisés en France pendant la deuxième guerre mondiale: étude démographique. *L'Encéphale* [Internet]. [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>

- 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.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Foucault, M. (2012). Historia de la locura en la época clásica. 2a ed. Buenos Aires: FCE.
- Galende, E. (1990). Capítulo El sistema de la salud mental e Historia Crítica: de la psiquiatría positivista a las políticas de salud mental. En Galende E. *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Glaser, B., Strauss, A. Capítulo El método de comparación constante de análisis cualitativo. En *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. (101-115). New York: Aldine Publishing Company.
- Grimson, W.R. (1972). Sociedad de Locos. Experiencia y Violencia en un hospital psiquiátrico. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., Merhy, E.E. Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;12(2):128-136.
- Lonjedo Monzo, J., Gómez Beneyto, M., Sala Such, E. (1991). Estudio de la mortalidad en el Hospital Psiquiátrico Padre Jofre de Bétera (Valencia). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* [Internet]. [citado 8 jun 2016];11(38):181-185. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15227>
- Pierri, C. (2017). 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. Universidad Nacional de Lanús.
- Räsänen, S., Hakko, H., Viilo, K., Meyer-Rochow, V.B., Moring, J. (2003). Excess mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [Internet]. [citado 15 jun 2016];38(6):297-304. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12799779>
- Stake, R. (1994.) Case Studies. En: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research*. Los Angeles: Sage publications.
- Stolkiner, A.I. (1994). Tiempos Posmodernos, Ajuste y Salud Mental. En: Saidon O, Troianovski P. compiladores. *Políticas en Salud Mental*. (pp. 25-55) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Vasco Uribe, A. (1987). Estructura y Proceso en la Conceptualización de la Enfermedad. En: *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social*, Medellín. p. 15-33.
- Vezzetti, H. (1985). La locura en Argentina. Buenos Aires: Paidós.
- Wieja, P., Romero, C., Melo, M. (2001). Mortalidad en enfermos psiquiátricos internados. Informe epidemiológico. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*. 12(42):249-257.

#### 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.