

En *Historias locas. Internaciones psiquiátricas durante el siglo XX*. CABA (Argentina): Teseo.

## **CAPITULO 4 - 1968-1971 UN PERÍODO NOVEDOSO.**

Carla Pierri, sy anahi, MARcela Nazewski y Ana Laura Barrio.

Cita:

Carla Pierri, sy anahi, MARcela Nazewski y Ana Laura Barrio (2020). *CAPITULO 4 - 1968-1971 UN PERÍODO NOVEDOSO*. En *Historias locas. Internaciones psiquiátricas durante el siglo XX*. CABA (Argentina): Teseo.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/carla.pierri/11>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pxtZ/Zna>



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

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

# HISTORIAS LOCAS

Internaciones psiquiátricas  
durante el siglo XX



ANAHI SY  
MARCELA NASZEWSKI  
CARLA PIERRI  
ANA LAURA BARRIO

**t**  
**teseo**



## **HISTORIAS LOCAS**



# HISTORIAS LOCAS

Internaciones psiquiátricas  
durante el siglo XX

Anahi Sy  
Marcela Naszewski  
Carla Pierri  
Ana Laura Barrio

**teseo** 

Historias locas: internaciones psiquiátricas durante el siglo XX /  
Anahi Sy... [et al.]. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires:  
Teseo, 2020. 100 p.; 20 x 13 cm.  
ISBN 978-987-723-237-0  
1. Salud Mental. 2. Historia. 3. Psiquiatría. I. Sy, Anahi  
CDD 616.89

© Editorial Teseo, 2020  
Buenos Aires, Argentina  
Editorial Teseo

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra,  
escribanos a: **info@editorialteseo.com**

**www.editorialteseo.com**

ISBN: 9789877232370

Imagen de tapa: María Marta Garbarino

Las opiniones y los contenidos incluidos en esta publicación son  
responsabilidad exclusiva del/los autor/es.

TeseoPress Design ([www.teseopress.com](http://www.teseopress.com))

ExLibrisTeseo 5ef3e431b1015. Sólo para uso personal

# Índice

Prefacio.....	9
Introducción .....	13
<i>Anahi Sy</i>	
Capítulo 1 .....	29
<i>Anahi Sy</i>	
Toda una vida: mirada hasta tornarse (in)visible.....	29
La historia ¿cínica?: escucho voces.....	36
De generaciones.....	37
Referencias .....	38
Capítulo 2 .....	41
<i>Anahi Sy</i>	
Mujeres, migrantes y “locas” entre 1895 y 1940.....	41
Las historias, ¿una cuestión de género?.....	45
Dónde se curan “los vicios” .....	48
No soy de aquí ni soy de allá... ..	49
Referencias .....	51
Capítulo 3 .....	55
<i>Marcela Naszewski</i>	
Escrituras en las márgenes: el lugar de las cartas en las comunicaciones .....	55
Comentarios finales.....	65
Referencias .....	66
Capítulo 4 .....	67
<i>Carla Pierri</i>	
Un periodo novedoso: 1968-1971.....	67
Represión en el Centro Piloto del Esteves .....	76
Referencias .....	80
Capítulo 5 .....	83
<i>Ana Laura Barrio</i>	



La incorporación de niños/as al hospital, un interrogante abierto.....	83
Referencias .....	91
El futuro ya llegó .....	93
<i>Anahi Sy</i>	

## Prefacio

En estas páginas se busca recuperar el trabajo desarrollado desde el año 2013 con un archivo de 4058 historias clínicas de personas que fueron internadas y fallecieron en el Hospital Esteves, entre los años 1895 y 1990<sup>1</sup>, disponibles en el Archivo Intermedio del Archivo General de la Nación<sup>2</sup>.

Si bien hemos presentado los resultados parciales y avances de la investigación en diferentes jornadas, congresos y reuniones científicas, y publicado en revistas especializadas, consideramos necesario recuperar aquellos aspectos del trabajo realizado que permitan reconstruir la historia y trayectoria del hospital durante el periodo analizado para promover la reflexión sobre la atención a la salud/enfermedad mental en el presente. Para eso, nos preguntamos y buscamos responder: ¿cómo es pensada y tratada la “enfermedad mental” a principios del siglo XX?; ¿qué pasaba antes?; ¿el Esteves siempre fue un hospital de mujeres?; ¿cómo llegan varones, niños y niñas a la institución?; ¿a quiénes se internaba?; ¿por qué se internaban y de qué se morían?; ¿qué pasó con el Centro Piloto de Comunidad Terapéutica?; ¿fue un proyecto innovador para la época?; y, por último, ¿qué lecciones nos puede dejar el pasado para pensar el presente del hospital, el trabajo en salud mental en general, la salud-enfermedad y el sufrimiento psíquico en la actualidad?

---

<sup>1</sup> La primera historia clínica identificada corresponde a una internación realizada en el año 1895, y el último fallecimiento al año 1987.

<sup>2</sup> Los proyectos desarrollados fueron aprobados y financiados por la Secretaría de Investigación de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), al cual pertenece la directora del proyecto, la Dra. Anahí Sy, como investigadora.

Deseamos que, en las páginas que siguen, tanto los trabajadores/as del Hospital como sus usuarias, y todos/as aquellos/as interesados/as en la salud mental en general y el Hospital Esteves en particular encuentren algunas líneas, comentarios, conocimientos que los incentiven a seguir leyendo, interrogándose y trabajando en el campo de la salud, reconociendo que su trabajo cotidiano alguna vez formará parte de la historia que ayudará a comprender y mejorar lo que hoy llamamos “futuro”.

Dedicamos este libro a los trabajadores/as del Esteves y a las mujeres que hoy se encuentran internadas, a quienes el presente las convierte en protagonistas del futuro. Expresamos especial gratitud a los/as protagonistas de cada una de las historias clínicas del archivo que nos permitieron entrar en sus vidas, leer sobre sus pensamientos, analizar sus acciones y reconstruir un pasado a partir del cual pensar la historia reciente, así como también el presente y algún futuro posible.

El trabajo que presentamos aquí fue posible gracias al aval y apoyo económico de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa) y el Conicet. Agradecemos también al Instituto de Salud Colectiva de la UNLa, por favorecer un espacio de discusión conjunta habilitando la conformación de un equipo de trabajo que, en diferentes etapas de la investigación, involucró otros/as profesionales además de las autoras, que colaboraron en diversas etapas de la investigación: las trabajadoras sociales Verónica Isi, Claudia García, Karina Visciglia, las antropólogas Paula Granda y Georgina Strasser, el antropólogo Enrique Ríos y la socióloga Manuela Gutiérrez, a quienes también agradecemos enormemente. Nuestra gratitud al equipo profesional del Archivo Intermedio del AGN, que nos facilitó siempre el acceso al fondo documental.

Cabe aclarar que se trabaja de acuerdo con el Dictamen N° 149/07 de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales que autoriza al Archivo General de la Nación a difundir este material previa toma de responsabilidad por

parte del usuario en lo que hace a su divulgación. Asimismo, se usan seudónimos para proteger la identidad de cada una de las personas que figuran en la HC.



# Introducción

ANAHI SY

## El Esteves desde su creación. ¿A quiénes recibe?

Las instituciones psiquiátricas en nuestro país forman parte de la historia reciente, inicialmente orientadas al control urbano de la población, la beneficencia, caridad y filantropía, el cuidado de enfermedades y de cierta moralidad y orden social establecidos para la época.

En 1852 la Sociedad de Beneficencia llama la atención sobre las mujeres consideradas “alienadas”, recluidas en las cárceles “sujetas con cadenas a la pared o metidas en el cepo, al mismo tiempo que otras muchas mendigaban por las calles o vagaban por los cercos de las quintas”. Las damas de la Sociedad de Beneficencia solicitaban que fuesen llevadas al Hospital de Mujeres, donde se habilitó un “patio para dementes” (Ingenieros, 1920: 78).

Estas primeras acciones se orientan a hacer más humanos los tratamientos y cuidados de muchas mujeres que hasta ese momento se las consideraba “incubables”, “delincuentes” o “inmorales”, términos que eran usados de manera indistinta para la época. Rápidamente se produce un gran crecimiento en el número de mujeres para el espacio disponible, y es entonces cuando la Sociedad solicita “un local apropiado a su custodia y tratamiento”. El Gobierno da intervención a la Comisión Filantrópica, y su presidente, el doctor Ventura Bosch, aconseja que se establezca un Hospicio de Mujeres en las afueras de la ciudad. En el año 1854, se crea en Buenos Aires el primer nosocomio dedicado

a la asistencia de mujeres, el Hospital Nacional de Alienadas (HNA) –actual Braulio Moyano–, donde fueron trasladadas todas las mujeres “dementes” del Hospital de Mujeres (Ingenieros, 1920: 79).

Debido a la sobrepoblación y hacinamiento que se produce en pocos años, en 1908 se inaugura en la ciudad de Lomas de Zamora el “Asilo de Alienadas”, como un anexo del HNA (Ablard, 2008), que responde a la necesidad de contar con un establecimiento suburbano o rural que permita albergar a las enfermas consideradas “crónicas” y “discapacitadas”, que obstaculizaban la asistencia de las “agudas”. La atención en la institución estaba a cargo de una congregación religiosa: las Hermanas de la Caridad. Esta institución en 1946 alcanza autonomía del HNA y en 1958 pasa a depender del Instituto Nacional de Salud Mental (Sy *et al.*, 2014). Es hacia 1976 cuando el asilo adquiere su designación actual: Hospital Interzonal José Esteves.

En ese sentido, la mayor parte de las historias clínicas que analizamos, especialmente las más antiguas, tienen su inicio en otras instituciones que las derivan al Esteves, donde fallecen.

El análisis se basa en un acervo documental de 4 058 historias clínicas correspondientes al periodo 1895-1987 que se encuentran en el Archivo Intermedio del Archivo General de la Nación, provenientes del Hospital Neuropsiquiátrico de mujeres José Esteves de la Provincia de Buenos Aires (Argentina).

A continuación, presentamos una descripción socio-epidemiológica de las principales características de las personas internadas durante un periodo que abarca casi un siglo, situándolo en su contexto sociopolítico e institucional.

## Los ingresos en su contexto sociohistórico

Al analizar los datos de las internaciones, resulta llamativa la cantidad de mujeres migrantes que se interna respecto de aquellas de nacionalidad argentina en las primeras cuatro décadas analizadas. Entre 1895 y 1940, entran 1.711 mujeres, más de la mitad de nacionalidad extranjera (952 extranjeras y 739 argentinas, en 20 casos no se consigna nacionalidad). Estos valores se invierten al avanzar desde 1940 hacia 1980.

Si nos remitimos a los datos del Segundo Censo de la República Argentina, realizado en 1895, encontramos que, desde el primer censo de la Argentina en 1869 hasta la fecha del segundo censo en 1895, es decir, a lo largo de 26 años, la población de argentinos casi alcanza a duplicarse, mientras que la población extranjera se quintuplica (tabla 1). Particularmente en 1895, el número de población extranjera en la Argentina en bruto representa casi un tercio de su población total.

**Tabla 1: población argentina y extranjera y proporción por mil de extranjeros sobre el total de habitantes según datos del segundo Censo de la República Argentina (1895)**

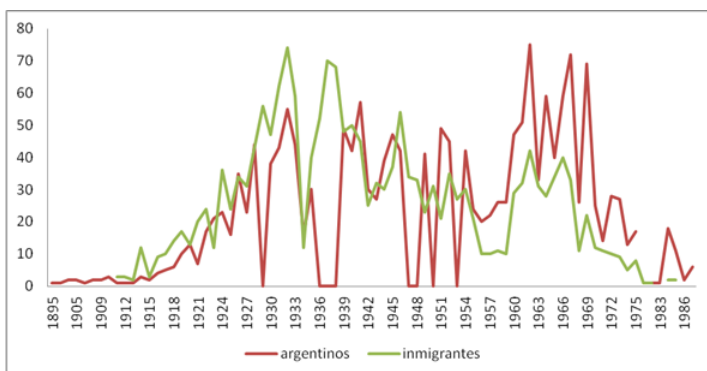
Año	Argentinos	Extranjeros	Proporción por mil de extranjeros en el total de habitantes
1869	1 526 734	210 292	121
1895	2 950 384	1 004 527	254

Fuente: Segundo Censo de la República Argentina (1895).



Según los datos de HCL analizadas, vemos que hacia 1914 recién comienza a aparecer un número significativo de ingresos de población extranjera, respecto de años previos (gráfico 1).

**Gráfico 1: registro de ingreso de población inmigrante y argentinos para el periodo 1895-1987, en archivo de historias clínicas del Hospital Esteves**



Fuente: Archivo historias clínicas para el periodo 1895-1987.

En ambos censos (1869 y 1965), se toman datos de la población considerada “según sus defectos físicos y psíquicos”, tal como queda expresado en la publicación del censo. Inicialmente, los datos censales muestran el número de enfermos en cama al momento del censo, luego se proporcionan los datos de la población sordomuda, sigue “idiotismo” y, por último, aparecen los datos para los “alienados”.

**Tabla 2: número de alienados registrados para la Argentina según el Censo de 1895 y su proporción por cada 100.000 habitantes**

Nacionalidad y sexo	Número absoluto de alienados	Proporción por 100000 hab.
Argentinos		
Varones	833	57
Mujeres	878	58
Extranjeros		
Varones	587	92
Mujeres	349	94
Argentinos varones y mujeres	1 711	58
Extranjeros varones y mujeres	936	93
Varones argentinos y extranjeros	1 420	68
Mujeres argentinas y extranjeras	1 227	65
Total general	2 647	67

Fuente: Segundo Censo de la República Argentina (1895).

En los datos se observa que la “población alienada” extranjera representa casi la mitad de la “población alienada” argentina en números absolutos, sin embargo, en términos de proporción cada 100.000 habitantes, vemos que la proporción de extranjeros casi alcanza a duplicar a la de los argentinos. Al respecto, la interpretación que se hace en el censo señala: “Quizá tenga en esto una parte importante el alcoholismo mucho más desarrollado en la población extranjera que en la argentina y también la mayor preocupación en la lucha por la vida que lo afecta más intensamente que al nativo” (Censo de la República Argentina, 1985). Al analizar la distribución por provincias, se observa una fuerte proporción en la capital, comprensible por el hecho de que es el único lugar donde hay establecimientos destinados al tratamiento de estas personas.

En su libro *La locura en la Argentina*, José Ingenieros señala que en 1880 los doctores Lucio Meléndez y Emilio R. Coni calcularon que en la Argentina existían 4,5 alienados por mil habitantes y hacían notar que el mayor coeficiente conocido en Europa era de 3,5 por mil correspondiente a Inglaterra. Una síntesis de los resultados censales de 1869 publicado por Ingenieros (tabla 3), a partir de cuadros publicados separadamente por Meléndez y Coni, muestra que para 1869 la proporción de “alienados” en orden decreciente era la siguiente.

**Tabla 3: población por provincia, número absoluto de “alienados” y proporción por mil habitantes**

Provincia	Población	Alienados	Proporción por mil
La Rioja	48 746	262	5,4
Mendoza	65 413	330	5,0
Jujuy	40 379	203	5,0
San Luis	53 294	248	4,6
Córdoba	210 508	568	2,7
Tucumán	108 953	247	2,7
Salta	88 933	194	2,2
Buenos Aires	495 107	984	2,0
Entre Ríos	132 271	233	1,8
Corrientes	129 023	228	1,8
San Juan	60 319	106	1,7
Catamarca	79 962	129	1,6
Santiago del Estero <sup>1</sup>	132 898	154	1,5
Santa Fe	89 117	117	1,3
Total	1 830 003	4 003	2,3

Fuente: elaboración propia a partir de datos provenientes de Ingenieros (1880).

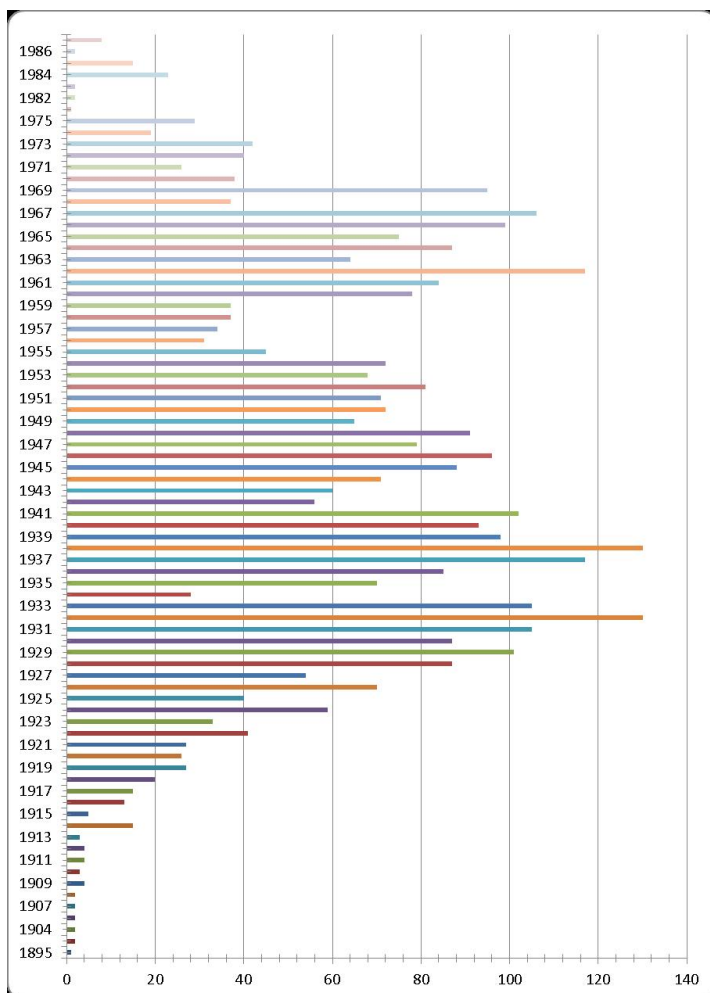
<sup>1</sup> Ingenieros destaca que la población total de Santiago del Estero fue adulterada con fines políticos, lo que explica su escasa proporción de alineados (Ingenieros, 1880).

Además, señala que hacia 1869 había más alienadas (1,54 por mil) que alienados (1,37 por mil). Asimismo, destaca que la población de alienados por nacionalidades ha sido y es proporcional a la población adulta, y que es por haber computado en el cálculo de población total a los menores la razón por la que aparecen desproporcionadas las cifras de extranjeros. Ingenieros destaca que a partir de 1870 los cálculos por provincia son difíciles ya que se establece “la costumbre de enviar sus alienados más incómodos a los asilos de Buenos Aires”; señala que “la nacionalización de los hospicios y colonias de alienados” regularizó esa situación (Ingenieros, 1880).

Otra cuestión que señala es que la inmigración, mayor desde 1870 a 1910, es un factor de aumento en el índice de alienación, pues la mayoría de los inmigrantes son adultos. En cambio, el aumento vegetativo de la población argentina muestra que el número de menores había aumentado proporcionalmente más que el de adultos en esos años.

Si analizamos en los datos del Hospital Esteves los picos de ingresos, observamos que se inician en 1914, pero que son especialmente pronunciados en los años 1932 y 1938 (ver gráfico 2). El promedio de años total de estada (permanencia) en el hospital es de 19,4, y por años oscila entre los 12,6 para 1948 y 37,2 en 1982.

**Gráfico 2: curva de ingresos por año de mujeres fallecidas durante su internación en el Hospital Esteves (1897-1987)**



Fuente: elaboración propia a partir de archivo de historias clínicas para el periodo 1895-1987.

Al respecto, es necesario aclarar que el proyecto psiquiátrico de la primera mitad del siglo XX se orienta a fortalecer “la salud de la Nación”. Las ideas psiquiátricas sobre el trabajo, la familia y el género tuvieron una profunda influencia en las experiencias de los pacientes. Los médicos y el equipo eran proclives a considerar el testimonio familiar e ignorar las aseveraciones de aquellos confinados que podrían haber hecho comprensible su extraño comportamiento; se tomaban importantes decisiones médicas basadas en breves chequeos superficiales y altamente rutinarios (Ablard, 2008). Mientras que no existían diagnósticos específicos asociados a las mujeres inmigrantes, los médicos consideraban factores socioculturales como el estrés de la migración y los roles no tradicionales que tomaban las mujeres inmigrantes a su llegada a Buenos Aires, como factores que predispusieran a la locura. Los diagnósticos o etiquetas psiquiátricas no tenían una valoración neutral. Más bien, la distancia social entre el profesional y los sujetos (definidos por estatus socioeconómico, raza, género, etnicidad, comportamiento, ideología política, entre otros) fue un determinante principal para declarar a una persona “insana” (Ablard, 2008).

Dovio (2014) analiza los proyectos legales sobre “peligrosidad” que fueron presentados en el Congreso de la Nación Argentina entre 1924 y 1928, publicados en la *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal* entre 1927 y 1934, mientras fue dirigida por el médico Osvaldo Loudet. Al respecto, señala que, para la época, aquellos individuos que significaran un peligro para el ordenamiento urbano de este ideal tipo de ciudad “corporativa” debían ser expulsados o regenerados, según fuera el caso. Cobró gran importancia la noción de peligrosidad, ya que, entre otros, designó a quienes podían virtualmente atacar el régimen establecido. Además, fue vinculada a la doctrina de la defensa social “entendida como el derecho de la sociedad de defenderse de todo individuo o grupo que atentara o pudiera dañar potencialmente al cuerpo social” (Dovio, 2014: 97).

Es en este contexto en el que emerge como propuesta de defensa social crear una red de instituciones para los individuos considerados peligrosos, de allí que se planeaba crear asilos para vagabundos, alcohólicos y colonias agrícolas para niños abandonados. Todas ellas eran consideradas conductas predelictivas, lo que suponía que debían recibir algún tipo de tratamiento estatal por falta de adaptación social: “Se buscaba realizar una defensa social preventiva respecto de la futura delincuencia” (Dovio, 2014: 97). Además, se buscó adecuar la legislación penal a tales objetivos de control de la peligrosidad.

La peligrosidad también designó a individuos que se encontraban en condiciones sociales y económicas desfavorables; en este período se habían multiplicado en Buenos Aires las “villas miserias”, donde los individuos vivían sin servicios (cloacas, luz, gas), descriptos como focos de los peligros más diversos y como parte de un proceso de migraciones internas. Apareció una fuerte relación construida entre peligrosidad y pobreza material.

El Instituto de Criminología mantuvo comunicaciones regulares con otros Institutos de Medicina Legal reconocidos en Europa. Estas dependencias aparecieron con la función de realizar detallados diagnósticos clínicos criminológicos en la específica articulación entre el campo médico, judicial y penitenciario. Sus historias clínicas (elaboradas bajo el modelo psicopatológico y, más tarde, interdisciplinario) sirvieron de insumo a jueces y agentes penitenciarios para tomar decisiones sobre la vida de detenidos en prisión. Las clasificaciones sobre peligrosidad elaboradas a partir de los diagnósticos particulares se presentaron como una novedad y como útiles para la proyección de una red de instituciones para distintas “peligrosidades sociales” en casos de semialienación, alcoholismo o “parasitismo social” (entendiendo por tal “vagancia crónica”).

Otro aspecto clave para la época fue la relación entre inmigración e insania, que se convirtió en uno de los principales temas sociales del discurso psiquiátrico argentino



adentrada la década de 1940. La inmigración no regulada estaba íntimamente vinculada a un problema mayor, la modernidad (urbanización, intensificación de la economía de mercado, cambio en los roles femeninos), lo que operó como explicación de la creciente incidencia no solo de la insania, sino también del retraso mental, el abuso del alcohol, el crimen, la prostitución y la “desviación sexual” tanto en hombres como en mujeres. Los médicos argumentaban que existían factores inherentes al proceso de inmigración, especialmente la miseria, el aislamiento y el alcohol, que, según ellos, favorecieron el desarrollo de las enfermedades mentales (Ablard, 2008).

Este contexto permite comprender, considerando las concepciones de salud/enfermedad mental para la época, que resulta más probable la patologización de aquello que se sanciona moralmente, catalogado como lo peligroso y la perversión (al respecto ver Foucault, 2000).

Si nos remitimos a los datos del gráfico 2, observamos que cada uno de los picos de ingresos coinciden con el establecimiento de gobiernos militares: 1930-1932, 1962-1963, 1966-1970, 1970-1971, y 1971-1973. El golpe de Estado encabezado por Félix Uriburu lo estableció en la presidencia entre marzo de 1930 y febrero de 1932, cuyo sucesor fue Agustín P. Justo, desde febrero de 1932 a febrero de 1938. Su época se denominó la Década Infame debido a la corrupción que imperó en el país y el fraude recurrente en las elecciones a cargos públicos. Durante la década de 1930, se asistió en Argentina a un proceso de militarización del aparato de control social tal como lo hemos descrito previamente. Dentro de las imágenes que aparecieron en Buenos Aires, estuvo la de crear una ciudad “corporativa” como sistema político biológico en el que se definiera el tamaño máximo y deber productivo de la ciudad, en el que cada parte debiera cumplir con su función, naturalizando desigualdades sociales parangonadas a las que existían entre distintos tipos de células y tejidos del organismo biológico, en el marco de un régimen de facto (Vallejo, 2010: 84).

Stagnaro (2006) plantea que el dispositivo psiquiátrico que se estableció en las primeras décadas del siglo XX se estancó en un funcionamiento definitivamente manicomial del que no salió más. Sin embargo, ya a comienzos de los años 30, el balance fue desastroso y el escándalo provocado por su funcionamiento manicomial alcanzó la denuncia que hizo pública Bosch en 1931, “El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina” (Bosch, 2004), donde plantea la preocupación sobre el aumento en las últimas décadas de “enfermos mentales”. Ello da cuenta del estado crítico del espacio asilar. Volviendo a las cifras, encontramos que los picos que siguen, aunque menores, también coinciden con gobiernos militares de 1962 (José María Guido asume la presidencia en lugar de Arturo Frondizi) hasta 1963, cuando asume Illia, hasta 1966, cuando tras un golpe de Estado se suceden en el poder tres dictadores militares: Juan Carlos Onganía (1966-1970), Marcelo Levingston (1970-1971) y Alejandro Agustín Lanusse (1971-1973).

Al respecto emerge la pregunta: ¿será que las políticas represivas y la moralidad que caracterizan a estas formas de gobierno inciden sobre un mayor número de ingresos, o será el clima de agitación social e inestabilidad que precede a estos gobiernos lo que incide favoreciendo la producción de malestar y sufrimiento psíquico?

No podemos generalizar una respuesta más allá de la indagación sobre lo ocurrido en cada periodo particular.

En los capítulos que siguen, seleccionamos un periodo, tema y/o problema particular para desarrollar a partir de la presentación de un caso. Es así que, con base en el análisis minucioso de las historias clínicas, reconstruimos una trayectoria de internación cuyo recorrido serviría como caso-ejemplo de otros similares.

En el primer capítulo, presentamos la trayectoria de “Ella”, respetando en lo posible el formato y organización original de las historias clínicas analizadas, para que el lector se haga una imagen de los documentos con los que se trabajó. Esta construcción nos permite ilustrar sobre las

múltiples miradas y lecturas –en su mayoría masculinas– que dan forma y atraviesan a los cuerpos de las mujeres internadas, mostrando cómo Ella –singular y genérica– se convierte en “loca”. En este mismo capítulo, se esboza algo sobre cuestiones de género que también hablan de todas las mujeres internadas, más allá del periodo que estamos analizando. Sin embargo, este tema se desarrolla con mayor profundidad en el siguiente capítulo.

En el segundo capítulo, la presentación de los casos de Audra y Angélica nos permite hablar sobre el periodo correspondiente a los años 1895 y 1940, marcado por una enorme afluencia de población migrante. En esos años, ser mujer y migrante era considerado un riesgo para la salud mental; es así que dilucidamos cómo construcciones de género estereotipadas conducían a diagnósticos y tratamientos que poco han hecho por los sufrimientos que efectivamente aquejaban a dichas mujeres, al mismo tiempo que se alejaban del ideal de objetividad científica que pregonaba la ciencia médica.

En el capítulo 3, Marcela Naszweski examina las comunicaciones que se mantienen por correspondencia entre las internas y el “mundo exterior”, entre los trabajadores de la institución, especialmente los médicos y el ámbito judicial, y entre los familiares de las mujeres internadas y el personal de salud. Mediante un análisis del discurso de las cartas enviadas a propósito de un caso, el de Josefina, podemos ver el potencial de estos documentos como fuentes de información sobre lo no dicho de manera explícita que también circula en los diagnósticos, tratamientos y cuidados que recibieron estas mujeres.

En el cuarto capítulo, Carla Pierri desarrolla los eventos ocurridos entre 1968-1971 en la institución, con la instalación de un Centro Piloto de Comunidad Terapéutica, buscando comprender la emergencia y ocaso de una experiencia y propuesta de tratamiento innovadora para la época.

El quinto capítulo remite a un grupo poblacional novedoso: niños y niñas internados en la institución. Aquí, Ana Laura Barrio desarrolla, a partir del caso de Héctor, sobre la corta vida de otros niños y niñas a quienes se alojó, por un breve periodo de tiempo, con algún tipo de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico que aún hoy plantea interrogantes y dilemas éticos importantes.

Por último, cerramos este libro con algunas conclusiones, conjeturas e hipótesis que nos conducen a interrogarnos sobre el presente y abrir una discusión para reflexionar sobre la atención a la salud mental hoy.

## Referencias

- Ablard, Jonathan D. (2008). *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*. Calgary, Estados Unidos: University of Calgary Press and Ohio University Press.
- Bosch, G. (2004). “El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina”. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*. 19. Recuperado de <https://bit.ly/2SCl0wt>.
- Censo de la Nación Argentina. Segundo Censo Nacional 1895. Tomo 2. Recuperado de <https://bit.ly/2PGP0bZ>.
- Dovio, M. (2014). “La peligrosidad en la *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*”. Buenos Aires, 1924-1934. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 44-56.
- Foucault, M. (2000). “Clase del 15 de enero de 1975”. En *Los Anormales* (pp. 39-59). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ingenieros, J. (1920). *La locura en la Argentina*. Primera edición. Buenos Aires: Cooperativa Editorial Limitada.
- Stagnaro, J.C. (2006). “Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina”, *Frenia*, VI, pp. 9-37, p.12.

- Sy, A.; Pierri, C.; Granda, P.; Strasser, G.; Visciglia, K. y García, C. (2014). "Continuidades y cambios en la atención de personas con sufrimiento psíquico. Una aproximación a través del análisis de noventa años de Historias Clínicas (1897-1987)". En *Actas XI Congreso Argentino de Antropología Social*. GT. 38. Rosario [en línea]. Disponible en <https://bit.ly/2ZlggQg> [visitado el 6/07/2015].
- Vallejo, Gustavo (2010). "Roma-Buenos Aires: un eje para la expansión de la biotipología y el fascismo". En Vallejo, G. y Miranda, M. *Derivas de Darwin. Cultura y política en clave biológica* (p. 84). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

# Capítulo 1

ANAHI SY<sup>1</sup>

Yo no quiero vivir como digan  
Tengo algo que late en mi corazón  
(Charly García, “Yo no quiero volverme tan loco”)

## Toda una vida: mirada hasta tornarse (in)visible

Ella es una migrante española, que el 3 de enero de 1924, con 39 años de edad, llega al hospital por orden judicial y, tras 44 años de internación, fallece el 11 de diciembre de 1968, a los 83 años de edad.

Al abrir su historia clínica, pueden verse y olerse años de encierro; el primer documento que encontramos es un telegrama enviado al esposo de Ella:

11-12-68 Señor [Esposo de Ella] BURZACO, BUENOS AIRES
FALLECIÓ ELLA CONTESTE SI SE HACE CARGO.
HOSPITAL ESTEVES

A continuación podemos ver con vida a Ella en la nota que narra su ingreso en el hospital:

---

<sup>1</sup> Lic. en Antropología y Dra. en Ciencias Naturales por la Universidad Nacional de La Plata. Investigadora independiente del CONICET. Docente de grado y posgrado del Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.

El día 25 del corriente, siendo las 7.45 se presentó en la comisaría 17ma el agente Rodríguez conduciendo detenida a la mujer Ella por cuanto en la esquina de Libertad y Paraguay, había oído que aquella pronunciaba frases incoherentes como: "actitudes de lucha por la vida", "gremialismo", "sindicalismo", haciéndole presumir que tuviera las facultades mentales alteradas.

La primera página de la historia clínica se encuentra atravesada por un sello de tinta roja con la inscripción: "INTERDICTA", lo que marca su internación por orden judicial.

Aparece en esta primera página un formulario que solicita consignar:

Nombre y apellido *Ella*

Año de ingreso *1924*

Nacionalidad *Española*

Fecha de nacimiento [queda vacía para Ella]

Residencia *Burzaco*

Estado Civil *Casada*

Profesión *Empleada*

Color: *Blanco*

Procedencia: [queda vacía para Ella]

Localidad: *Burzaco*

Hij... de [queda vacía para Ella]

[Foto de ella]

[Ausencia de Foto]

Ingreso

Egreso

Ingres el *3 de enero de 1924*

Colocada por *policía*

A disposición de [queda vacía para Ella]

Diagnóstico *ideas delirantes, alucinaciones auditivas, Delirio sistematizado de persecución, Alucinación Interpretativa.*

Altura del cuerpo *1,56*

peso *55 kilogramos*

En la segunda página de la historia clínica, puede observarse que lo que aparece completado por el médico que realiza la admisión es que la paciente no tiene antecedentes de locura –según dice su esposo–. *“No se ocupa de sus quehaceres domésticos”, “desafectivizada con su marido y hasta con sus hijos”.*

Ella cuenta que *fue despedida por sus patronos y desde entonces “por las cosas que se tejen en la sombra” no ha podido encontrar ocupación. “Relaciona su estado con la angustia que le produce el no hacer lo que ella quería (estudiar, ser útil)”. Por la calle la gente la mira “en forma significativa”. Oye que le dicen “en voz alta, María la loca, María la loca” sus “mismos están confabulados con sus enemigos” y han pretendido hacerla pasar por loca. Internándola en el Hospital Nacional de Alienadas, le han dado muerte a su propia hijita, “etc., etc.”.*

Ingresa con una orden de la policía de la capital por lesiones en la vía pública. *“Desprecian a su hija, la insultaban y le decían palabras ofensivas”.*

A continuación aparece la siguiente descripción médica:

*Mujer pequeña estatura. Buen esqueleto. Regular panículo adiposo. Piel blanca tinte rosada. Músculos bien desarrollados. Motilidad activa y fuerzas conservadas. Reflejos plantares en flexión. Los demás presentes e iguales a ambos lados. Audición y visión conservadas, pupilas iguales reaccionan a la luz y la acomodación MOP [movimientos oculares de persecución] normal. Encías rosadas y dientes muy bien conservadas. Lengua húmeda y saburral [capa fina de color blanquecino formada por bacterias que puede recubrir la superficie de la lengua. En la mayoría de los casos, la lengua saburral no tiene importancia y no provoca problemas de salud]. Tiroides tamaño normal. Pulmones sonoridad normal. Respiración vesicular no se oye. Corazón tonos muy fuertes en todos los focos. Soplo sistólico en el foco pulmonar de muy escasa propagación, ritmo normal, pulso regular igual mediano frecuencia 140. Tensión MX 180 Mn 100 (la enferma está intranquila y con aspecto de terror). Abdomen: plano, paredes blandas, no se palpa*



*nada anormal ni se despierta dolor. Orina D 1013 nada anormal. Urea en suero: 0,43%0 Glucemia: 0,74%0 Reacción Wassermann y Kahn: eritrosedimentación: 5*

*Diagnóstico: nerviosidad Eretismo cardio vascular [actividad muy intensa, y limitada en el tiempo, de un organismo o parte de él] taquicardia sinusal. Aumento de la tensión diferencial.*

*Colesterol: 2,10%o [...]*

Continúa la descripción de aspectos somáticos o biomédicos sin advertir “anomalía” o malfuncionamiento orgánico o fisiológico alguno.

A continuación aparece adjunta la siguiente nota:

Buenos aires, noviembre de 1925

Me dirijo al ..... solicitándole se sirva autorizar al pie de la presente a esta dirección, si es o no de su agrado, disponga se proceda a cortarle el cabello, en forma de uso actual, (melena) a su enferma ..... puesto que ello resultaría para mayor facilidad de mantenimiento en condiciones higiénicas.

Saluda atentamente

El médico director

Doctor Julio G. Nogues

Buenos aires, .....

Señor médico Director

El que suscribe en carácter de *Tía* de la enferma de referencia, (comunica, autoriza) a la Dirección del Hospital Nacional de Alienadas que ... se proceda a cortarle el cabello en la forma indicada en la solicitud que precede.

Firma *Tía de Ella*.

Luego comienza el registro que da cuenta de la situación de la paciente durante la internación:

*Enferma tranquila – durmió cuatro horas – se levantó bien – buena orientación en tiempo y lugar – memoria conservada -. Dice estar afónica desde hace meses, niega tener alucinaciones auditivas.*

A casi un año de su ingreso en el hospital, vuelve a registrarse algo sobre Ella: *“A eso de las 12 se puso en extremo agresiva golpeando brutalmente a la enferma María A, siendo necesaria la aplicación del restraint”.*

A los pocos días:

*intranquila, irritable.-reticente-negativista. Ideas persecutorias contra la familia “no me quieren porque estoy tísica” a veces observándose soliloquios-atenta al interrogatorio, deslizando contadas veces ciertas incoherencias fugaces- algo erótica. Requiere repetidamente los medios contensivos. Sin conciencia de su estado... pesa 50 kg.*

A partir de ahí encontramos que los registros en la historia clínica ocurren alrededor del año, a propósito de algún infortunio, si bien aparecen como constante referencias previas a la situación de *“la enferma”*, como es nombrada Ella:

*enferma muy excitable- agresiva- agresiva- incoherente- desorientada en tiempo y lugar- [...] la enferma pesa pesa 49 kg.*

*memoria muy debilitada indiferente, muy incoherente risas inmotivadas desafectiva pesa 51 kg.*

*“Ud. como se llama?” “Que se le importa” risas inmotivadas, un sentido de abstracción completa, no responde casi nada...*

El 30 de abril de 1932:

*presenta actitud indiferente toda pregunta que se le haga contesta: no sé – muy agresiva con las demás enfermas y con el personal del pabellón – caprichosa, desobediente – no trabaja en nada – sucia – come bien – duerme poco – soliloquios en voz baja -...*

Se repiten algunas notas que van a aparecer año a año:

*“nerviosa” “desafectiva” “respuesta muy pobre” “no colabora”, “desaseada”, “no trabaja”.*

Aparece como novedad una consideración sobre su peso:

*a veces es necesario recurrir a la alimentación forzada pesa 44 y 1/2 Kg.*

En 1933:

*... levantada se excita con suma frecuencia tornándose agresiva, revoltosa, coprolálica obscena y obligando al uso del restraint [...] presta escasa atención, desorientada, respuestas incoherentes – memoria con fallas –... es visitada de vez en cuando desafectiva – déficit de sus facultades psíquicas – duerme con hipnóticos – se alimenta poco y merced a los reiterados esfuerzos del personal del pabellón.*

A lo anterior se suma entre 1934 y 1960:

*... exhibicionista [...] suele desnudarse o colocarse muchas prendas innecesarias, intranquila, agresiva, desaseada, no trabaja sucia destructoras indiferente, permanece vigilada en los patios por su tendencia a deambular. No atiende su aseo. Tendencia a la destrucción ... poco visitada.*

En 1960:

*[...] salto la ventana del baño, se produce una herida superficial en codo derecho. Desinfección apósitos [...] Físico discreto [...] examen endocrino.*

Aparece una nueva categoría diagnóstica que parece condensar todos los antecedentes previos: “síndrome esquizofrénico”.

En 1961:

*... enferma desnutrida, anoréxica, pérdida de peso últimamente ... se indica control de peso semanal y radiografía de tórax. anal de sangre.*

En 1963:

*la enferma presenta ántrax en pie derecho, se le prescribe penicilina.*

En 1964 se registra:

*al no haber penicilina se sustituye la medicación por criseosil 1 frasco ampolla cada 6 horas.*

En 1965:

*se le cae un banco sobre pie ocasionándole herida contuso cortantes.....*

En 1966:

*se registra la administración de Halopidol 3 C por día.*

En 1967 se registra:

*paciente desprolija. No colabora con el interrogatorio. Globalmente desorientada. Descenso de sus facultades intelectuales.*

En 1968:

*Estacionaria. Desorientada negativista niega alucinaciones e ideas delirantes "con posterioridad a la muerte de mi hija yo observe y comprendi muchas cosas que antes había aceptado como hechos regidos por ellos" .... "ya no tengo alucinaciones ni ilusiones" "he observado los hechos-los hechos" "querian matarme". –*

En el 11/12/1968:

*se constata el deceso de la paciente por paro cardio respiratorio no traumático.*

*No se presentó el Esposo, retira el cadáver la Facultad de Medicina.*

## La historia ¿clínica?: escucho voces

Inicialmente puede advertirse la multiplicidad de miradas y de voces que recaen sobre Ella: la policial que la considera “loca”, la del médico que realiza la admisión, la del esposo, que acompaña en el ingreso y responde al interrogatorio, quien solicita el corte de pelo, la tía que lo autoriza y quien ejecuta dicho corte. Una vez internada, puede leerse la mirada psi y la mirada clínica que examinan minuciosamente la mente y el cuerpo (respectivamente) de Ella.

El motivo de encierro alegado para Ella en la orden judicial, que remite al “gremialismo” y “sindicalismo” o, en la historia clínica, “el no hacer lo que ella quería (estudiar [...])”, son algunas pistas para interpretar el encierro ante la resistencia a la vida doméstica. Características registradas como signos y síntomas de enfermedad (“No se ocupa de sus quehaceres domésticos”, “Desafectivizada hasta con sus hijos”, “Erótica”, entre otras) dan cuenta de ello.

Al indagar la evolución de la historia clínica de Ella, visualizamos cómo gradualmente se registra un deterioro físico y psíquico, sin que medie tratamiento alguno o reflexión sobre dicha situación, cada nuevo registro no parece considerar la lectura de los previos. Aparece la descripción de comportamientos cada vez más “agresivos”, “eróticos”, “escapistas”, que conducen al diagnóstico de “esquizofrenia”, esto es, a la asignación de una categoría diagnóstica que fija una identidad a la paciente.

La forma en que es tratada Ella responde a las ideas que se establecen con la medicina moderna: una clara separación entre cuerpo/psiquis, biológico u orgánico/espiritual o mental, lo cual permitirá establecer solo ciertas conexiones entre ambas, y, una vez descartada una posible etiología orgánica, la constitución y el estado psíquico ocuparán toda la lectura y análisis de los signos y síntomas identificados.

Cabe señalar que está ausente una lectura que componga y organice cada una de las partes en las que fue dividida Ella. Del mismo modo que está ausente una lectura que dé

cuenta del tiempo, un malestar que avanza, unos síntomas que se repiten, un tratamiento ausente, una escucha y palabras anuladas y un cuerpo que se adelgaza hasta perder el último aliento que le queda para salir. Es clave la expresión final “Ya no tengo alucinaciones ni ilusiones”, que alude a la claridad de haber hallado que, para salir, cualquier vinculación con el orden de la fantasía o el deseo por ser algo o alguien diferente debieran eliminarse. Y cuando desde lo discursivo Ella está dispuesta a apagar el deseo, la fantasía o la ilusión, también se apaga el cuerpo, aun pareciendo evidente la conexión entre ambos eventos, Ella muere de un “paro cardio-respiratorio”, el deseo que se apaga no es más que el registro de una voz que no se escucha. La propia categoría diagnóstica condensa una nulidad y borradura de una trayectoria de vida en el hospital densamente significativa que es eliminada por completo en el certificado de defunción que pasa a engrosar la historia clínica de un cadáver que, irónicamente, será “útil” como deseaba Ella, “ser útil” entre los estudiantes de Medicina, condenada a ser observada eternamente, nombrada, descripta como un cuerpo sin voz que no tiene nombre (o no el suyo al menos) ni historia. Quizá lo más vivo que hallamos sean las palabras que gritan por salir, atrapadas en esta historia cínica.

Estos aspectos son una constante en gran parte de las historias clínicas de mujeres, que ingresan hasta que su deterioro psicofísico, y en este caso también la edad, las conduce a la muerte.

## De generaciones

La historia clínica condensa diversas construcciones de la enfermedad y de la enferma, cada uno de los relatos transcriptos registran la descripción de Ella a partir del ojo clínico del médico, de la capacidad de penetración psíquica del psiquiatra, de la búsqueda por el mantenimiento

de un orden jurídico; tales relatos no parecen cruzarse, ni siquiera pueden leerse conexiones. En un periodo de casi cincuenta años transcurridos en la vida de Ella, aparecen signos y síntomas que representan claramente el registro del comportamiento de mujeres que se apartan del rol de género esperado para la época (al respecto profundizamos en el capítulo 2). Si bien podemos señalar que durante tal periodo de tiempo los tratamientos administrados y, aún más, las teorías y corrientes de la psiquiatría se transforman, observamos que en la práctica clínica –que se traduce en el registro de signos y síntoma– persiste la adjetivación de la conducta femenina reprochable para la época, como si se tratara de un hecho observable “científicamente”, antes que una apreciación construida socioculturalmente en un momento histórico particular. Como señala Taussig (1992), la enfermedad adquiere una “objetividad fantasmal” al negar las relaciones humanas encarnadas en los síntomas, signos y terapias, se mistifica y reproduce una ideología y política a modo de ciencia de “cosas reales” ocurriendo una cosificación biológica y física donde las cosas toman vida propia, separadas del nexo social que las originó, borrando el significado social y moral de los signos y síntomas de la enfermedad.

## Referencias

- Bullard, A. (2001). “The truth in madness. Colonial doctors and insane women in French North Africa”, *South Atlantic Review*, 66 (2), pp. 114-132.
- Burin, M. y Meler, I. (2010). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Chesler, P. (1972). *Women and Madness*. Nueva York: Avon Books.

- Davies, K. (1996). "Sexing the mind? Women, Gender and Madness in Nineteenth-Century Welsh Asylums", *Llafur*, 7 (1), pp. 29-40.
- Kromm, J. E. (1994). "The Feminization of Madness in Visual Representation", *Feminist Studies*, 20 (3), pp. 507-535.
- Lock, M. y Scheper-Hughes, N. (1990). "A critical-interpretative approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent". En Johnson, T. M. y Sargent, C. F. (ed.). *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method* (pp. 47-72). Nueva York: Praeger.
- Ruiz Somavilla, M. J. y Jiménez Lucena, I. (2003). "Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica", *Frenia*, Vol. 3, (1), pp. 7-29.
- Scott, J. (1993). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En Lamas, M. (comp.). *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, UNAM.
- Showalter, E. (1985). *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830-1980*. Nueva York: Pantheon.
- Smith-Rosenberg, C. (1972). "The Hysterical Woman: Sex, Roles and Role Conflict in 19th Century America", *Social Research*, 39 (4), pp. 652-678.
- Sy, A. (2015). "De la Literatura a la Historia: Cuando la locura se convierte en desviación social", *Estudios Filológicos*, (55), pp. 129-141. Recuperado de <https://bit.ly/2rdBTWc>.
- Taussig, M. (1992). "La reificación de la conciencia del paciente". En *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente* (pp. 111-143). Barcelona: Gedisa.





## Capítulo 2

ANAHI SY

No me aguanto a las personas  
que me apuran para caminar  
si la calle es tan angosta  
y para todos no hay lugar  
(Celeste Carvallo, “Me vuelvo cada día más loca”)

### Mujeres, migrantes y “locas” entre 1895 y 1940

Audra, de nacionalidad lituana, es internada en el hospital el 7 de junio de 1931, según consta en su HC, “colocada por” su patrón después de dos meses de trabajar como cocinera, “como sus síntomas se habían vuelto cada vez más ruidosos, decidieron internarla”, “abandonada en los quehaceres de la casa. Indiferente por los suyos”. Desde su ingreso se registra que se encontraba “excitada”, “erótica”, que “daba gritos”, permanecía “inquieta a las preguntas que se le formulaban” y “respondía invariablemente ‘no estoy enferma’”; dijo “haber sufrido” en sus empleos como sirvienta y haber “pasado hambre”; se “expresaba deficientemente en castellano”. Como “ella no podía satisfacer los deseos sexuales de su esposo, éste la abandonó”.

Al mes de esa primera internación, concurren el esposo y el patrón. Solicitan el alta. Se les informa que “la asilada se halla a disposición del juez”. En 1932 sale con un alta a pedido del esposo, con quien ella se había “disgustado muchas veces por no haber apurado los trámites para hacer venir a sus dos hijas que estaban en Lituania”.

Su esposo señala que durante un tiempo su comportamiento fue “bueno, siendo trabajadora y cariñosa”.

Audra reingresa al hospital el 9 de septiembre de 1936, “colocada por la Policía Federal” (se consigna con tinta roja la leyenda “INTERDICTA” en la primera hoja de su HC), aunque esta vez el nombre que se registra a su ingreso fue “Adela”, asignándole una nacionalidad “polaca”. Con diagnóstico de “excitación maniaca”, “no exterioriza alienación ni ilusiones”, “se muestra lúcida y coherente pero no muy interesada”. Se expresa “con entonación ligeramente monótona y con dificultad de dicción debido a la falta de dominio del idioma castellano”. Demuestra “ideas persecutorias que objetiva en su esposo ‘me pega’, ‘es malo’”. Durante un tiempo permanece “agitada, llorosa, solloza por momentos, espetaba en todas las direcciones”. Es “enchalecada”.

Consignándose que “la enferma no presenta variación de su estado mental” y sin visitas desde 1936, el 21 de diciembre de 1939 pasa al pabellón 4 del Asilo de Lomas. A casi diez años de internación, en 1948 se registra que está “excitada, dice incoherencias, grita con frenesí”, y le aplican *electroshock*.

Durante su internación, aunque especialmente en los últimos años de vida en la institución, presenta múltiples problemas clínicos, como: otitis aguda, forúnculos, dolores abdominales, lesiones cortantes, estados febriles y orzuelos, entre otros.

En mayo de 1953, se registra que participa de un episodio en el que agrede a otra interna con una lata, de forma que le provoca una herida en el cuero cabelludo. En 1965 es diagnosticada con “tuberculosis”. El 23 de marzo de 1968 es encontrada “desmayada y caída”, con vómitos, sudoración profusa y afebril; cuando recobra el conocimiento, “refirió precordialgia” (dolor en la parte delantera del corazón) y se registran “ruidos cardíacos apagados y bradicárdicos”, se indica penicilina, digitalina y realizar un examen en el servicio de clínica médica. Tres días después,

fallece a consecuencia de una “insuficiencia cardíaca aguda”. Su cuerpo es retirado por el Hospital Borda como NN. (AR-AGN.DAI/HNE).

Angélica ingresa el 9 de mayo de 1922, con 39 años de edad al pabellón Bosch del Esteves. Al ingreso se registran sus datos: “quehaceres domésticos” como ocupación, “religión católica”, “color blanco” y “nacionalidad española”, aunque lleva “14 años de residencia en el país” casada con Manuel, quien la acompaña. Este señala que hacía un mes notaron “los primeros síntomas de la enfermedad”: “excitación psico-motriz, alucinaciones visuales, fugas, perseguida”, era “violenta” y “agresiva”, estaba “constipada” y tenía “menstruaciones irregulares”. Se refiere además que un hermano estaba “afectado de enajenación mental”. Finalmente el diagnóstico registrado es “delirio”.

Según consta en la historia clínica, ingresa “sumamente excitada, gritando y promoviendo escándalo. Facies de expresión cambiante”. De “atención móvil, idiorreica y logorreica. Incoherente, exterioriza algunas concepciones delirantes persecutorias e ilusiones visuales”.

No se prestó al examen somático. Cuando se la interrogó, prestó atención y respondió sin retardo, mostró ideas delirantes de persecución, de daños y algunas hipocondríacas. Se quejó de su marido, que le había producido la equimosis que presentaba en los miembros “Tengo el corazón lastimado, me hace así” (hacía señas con las manos, como apretando fuertemente), no tiene noción de su estado mental, dice que el marido es el loco “Mi esposo me dejó salir de mi propiedad y me trajo acá”, “Me trajo engañada”, “Yo no sé por qué me trajo, bien a él le pueden preguntar; poco puedo saber; él sabrá por qué me trajo”, “Mi esposo me llevó al curandero y este me dijo que este era un daño”, “Yo antes era fuerte como la roca; que no me encuentro tan fuerte como antes; pero estoy bien”, “Nunca estuve enferma doctor”. Le preguntamos si la habían querido envenenar y contestó “quién sabe”.

“Muchas veces hasta el mismo marido es el enemigo”. “Antes cuando estaba en mi propiedad me peleé con la de al lado, con mi vecina y me insultó tanto’. Durante todo el interrogatorio no ha mirado a su interlocutor, en ningún momento”. Al mes se registra que es “emotiva” y suele llorar. “Caprichosa” y, en ciertos momentos, presenta “negativismo para las órdenes que se le daban”. Suele tener “soliloquios en voz natural” y “a veces a gritos”. No es “agresiva ni destructora”. Dice:

“Yo no tengo que estar acá; porque no soy de acá”, “Estoy acá porque no soy de acá; estoy acá porque me habrán tirado”, “Usted sabrá mejor que yo porqué estoy acá, pues yo no tengo motivo para estar acá”, “Usted ya lo sabrá”. Retencia marcada. Exteriorizó ideas hipocondríacas “No me siento bien como antes” “Siento mareos en la cabeza” “Parece que me han lastimado el corazón”.

Para fines de 1922, se registra que Angélica se encontraba levantada, “protestaba contra su esposo adjudicándole tener queridas y le llamaba babosa, no lo quería ver. Risas inmotivadas. ‘¿Por qué traen a una al manicomio sin estar loca?’”. Cuando la visitaba su esposo, “le profesaba golpes de puño, puntapiés y le decía de todo”. Solía “excitarse después de la visita de su esposo, tirándose al suelo, golpeando con pies y manos”. Decía que quiere “salir de este manicomio, ‘quiero ir a mi casa a Flores, para ver a mis nenitos’”. Estaba “bien orientada en tiempo y de lugar”. “Mi esposo me trajo, no sé por qué, yo era buena”. “eufórica”, “expansiva”, “comunicativa”. Contaba “con lujo de detalles todo lo que le había acontecido”. En 1923 es trasladada al Asilo de Lomas, demostró “tener desprecio por su marido, a quien acusó de ser el causante de su asilamiento”. Sus sentimientos de afectividad a sus hijos “estaban conservados normales, en cuanto a su afecto por el marido estaba disminuido”. “Se ocupa en algunas costuras”. Tres años después “la enferma insistía en obtener el alta: ‘si no quiere venir mi marido que me saquen sus parientes’”. En el asilo “no se ocupaba en

nada desde hacía una temporada”. “Protestaba por la comida”. En los años siguientes se registra que “persistía en el mismo estado mental y físico”.

Con fecha del 22 de abril de 1924, aparece una carta del esposo dirigida al director del hospital, solicitando que le describa la situación de su esposa para enviar a los familiares de España, quienes pedían el alta.

En 1930 se registró que era “trabajadora” y tenía “soliloquios” y “a veces solía excitarse”. Dijo que “quería irse, que no estaba enferma”. Veinte años después se continúa con registros similares que muestran cierta mejoría: “atiende”, “lúcida”, “se entablaba fácil diálogo”, si bien aún manifestaba “ideas delirantes de carácter persecutorio”. Tenía un “excelente estado de nutrición” y “se adornaba con cuentas de madera e hilos”. “Cuidaba su aseo”. “Obesidad”.

En 1956 se registra que trabaja en la escobería y que ya no era visitada.

El primer evento clínico se registró en 1943, con una infección en la mano derecha, y continuó hasta 1961 con síntomas de fiebres de 40° C, estados gripales, cefaleas, tos con mucha expectoración, vómitos, diarreas de tipo disenteriforme. El 7 de marzo de 1961 estaba “muy hipertensa”. Se medicó con Somnifene y digitalina, Saligram, Ampliactil. Al día siguiente presentó una hemiplejía izquierda.

El 9 de marzo falleció a los 78 años a causa de “una falla brusca del ventrículo izquierdo”. El certificado de defunción establece que falleció a consecuencia de insuficiencia cardíaca aguda. El cadáver pasa a la Facultad de Medicina (AR-AGN.DAI/HNE).

## **Las historias, ¿una cuestión de género?**

Las trayectorias que presentamos condensan múltiples puntos recurrentes en las HC del periodo analizado.

En primer lugar, se observa el ingreso de población migrante, muchas veces con dificultades idiomáticas para la comunicación en español, como es el caso de Audra, consignando datos que *a posteriori* adquieren otros valores, en este caso el nombre y nacionalidad de Audra, en otros casos lo mismo ocurre con la edad, el estado civil u otros datos que refieren a la identidad de la mujer.

Es frecuente que las mujeres migrantes internadas lleguen a través de una orden judicial, "INTERDICTAS", por disturbios en la vía pública, así como también traídas por sus "patrones" o algún miembro masculino de su familia (padre o esposo más frecuentemente), es rara la compañía de otra mujer en la internación. También es recurrente que las mujeres refieran episodios de violencia o maltrato sufridos de parte de estos varones (esposo/patrón) o, en el caso del esposo, que este le sea infiel o quiera "sacarle"/"robarle" sus bienes, ocupar su vivienda o "fugarse" con otra mujer; todo ello es consignado como síntoma de su patología: "Manifiesta ideas delirantes de carácter persecutorio", "Ideas persecutorias que objetiva en su esposo: 'me pega', 'es malo'" o sencillamente "delirio". Tal lectura de las palabras de la mujer nunca es puesta en cuestión o problematizada; la legitimidad de la palabra de "la enferma" (como se nombra a estas mujeres en la HC) es nula en cuanto a su veracidad, sus palabras y comportamientos son síntomas de su enfermedad. Si bien quienes cotidianamente conviven con las mujeres en estas instituciones son monjas y enfermeras, los registros sobre el estado mental de la mujer, los exámenes clínicos y entrevista de admisión son realizados siempre por varones. Nuevamente, la voz autorizada es la masculina, leyendo la trayectoria, conductas y el cuerpo femenino. Al respecto podemos advertir en ello algunas singularidades que expresan la idea de cierta propensión o asociación entre el cuerpo femenino/lo femenino y la locura: el valor que se daba al ciclo menstrual, con registros que señalan: "menstruaciones irregulares", así como también hallamos en numerosas HC planillas donde

se marcaba mes a mes el periodo de menstruación. Otro aspecto consignado es la conducta “erótica”: “Abandonada en los quehaceres de la casa. Indiferente por los suyos”, “afectividad conservada” o “desafectiva”, lo cual se asocia a estereotipos socialmente establecidos para la mujer: ser esposa-madre-cuidadora-ama de casa. El incumplimiento o apartamiento de los atributos establecidos para su género: lo afectivo, lo débil, lo reproductivo, lo emocional, lo delicado, lo romántico, lo maternal-cuidador y lo doméstico; producen ciertos procedimientos, acuerdos y tratamientos que se cuelan en las teorías, registros, prácticas y modos de pensar médicos. Ello coincide con la llamada “feminización de la locura”, esto es, el proceso que llevó a finales del siglo XIX a considerar los trastornos mentales asociados a ciertos “atributos femeninos”, lo cual condiciona las respuestas terapéuticas de los psiquiatras (Showalter, 1985; Smith-Rosenberg, 1972; Chesler, 1972; Wood, 1973; Kromm, 1994; Weiner, 1995; Davies, 1996). Como Señalan Ruiz Somavilla y Jimenez Lucena (2003):

Las mujeres tenían más probabilidad de ser etiquetadas de enfermas mentales, debido a lo que Chesler llama “doble estándar” de la enfermedad mental, ya que la salud mental no se valoraba de la misma forma, con los mismos parámetros, en hombres y mujeres, pues los parámetros de una personalidad sana: independencia, autonomía y objetividad no eran los parámetros de una mujer mentalmente sana: dependencia, sumisión y sentimentalismo. (p. 10).

Al respecto, no podemos dejar de ver el lugar que tenían estas mujeres hasta la creación de este tipo de asilos: la cárcel o la calle. La “asistencia de locos” va a acentuar una regulación moral de la conducta dando gran importancia a la regulación de los cuerpos mediante el trabajo como organizador de la salud mental; ello se expresa en observaciones sobre el comportamiento que aparece como síntoma de enfermedad (“exitada”, “erótica”, “pueril”, “No se ocupaba en nada desde hacía una temporada”) o, por el



contrario, como muestras de mejoría (“Se ocupa en algunas costuras”, “Colabora”, “trabajadora”, “Trabaja en escobería”. Además, diversos modos de contención como el “chaleco” o “restraint”, el *electroshock*, *shock* cardiazólicos o inyecciones de leche subcutánea se orientan a controlar los cuerpos y corregir conductas.

### Dónde se curan “los vicios”

Los asilos alejados de las ciudades, con parques y espacio al aire libre, son producto de la aplicación en la Argentina del sistema “Open Door”, que propuso e instaló el médico psiquiatra y sanitarista Domingo Cabred (1859-1929). En sintonía, el Asilo de Lomas estaba por fuera de la gran ciudad asociada por los alienistas a una de las causas de la locura: el hacinamiento, el dinero, los vicios, etc. (Vezzetti, 1985). Dichos espacios se caracterizaban por una ilusión de libertad, trabajo y su carácter rural (Vezzetti, 1985; Marquiegui, 2010). Así, el trabajo se convirtió en uno de los elementos más importantes del “tratamiento moral”. Vezzetti (1985) va a señalar que el objetivo de la reintegración social del loco comienza por esa reforma del manicomio que lo aproxima a una pequeña comunidad rural. La centralidad del trabajo al aire libre se sostiene en una serie de razones; es inmediatamente higiénico, devuelve al “alienado” signos de su utilidad social y, finalmente, contribuye a reducir los costos del establecimiento.

Es claro que, desde esta concepción, “la locura” no es tanto una afección de la razón como una desviación de la conducta, a partir de causas que remiten tanto a factores corporales, como a condiciones socioeconómicas y crisis morales que atraviesa especialmente la población migrante.

Las HC que analizamos dejan constancia, con los años de internación, del traslado de las internas al Asilo de Lomas. Este fue construido con esta lógica, si bien llegaban

las mujeres consideradas “crónicas”, a quienes se las terminaba aislando de sus lugares de origen, dejaban de ser visitadas y, conforme pasaba el tiempo, los registros sobre su evolución eran cada vez más breves y se realizaban cada vez con menor frecuencia, ligados a procedimientos clínicos, hasta su fallecimiento.

El final de la vida en la institución de la mayoría de las mujeres transcurría en soledad o, al menos, lejos de sus familiares o allegados. Dejaban de preguntar por ellas, hasta que, luego de fallecidas, sus cadáveres no eran retirados y se los enviaba al Borda para ser investigados (como en el caso de Audra) o a la Facultad de Medicina (como en el de Angélica).

### **No soy de aquí ni soy de allá...**

Durante la primera mitad del siglo XX, los procesos socio-políticos y económicos que atraviesan a nuestro país, como la inmigración no regulada, la creciente urbanización e intensificación de la economía de mercado, van a colocar el foco en la necesidad de atender a “la salud de la Nación”. Las concepciones de la psiquiatría para la época no quedaron exentas de ello, hemos visto cómo las ideas vigentes sobre el trabajo, la familia y el género permearon la mirada y prácticas médicas y tuvieron una profunda influencia en las experiencias de las mujeres internadas, así como en las conductas y recomendaciones de los psiquiatras y el personal médico en general. Coincidimos con Ablard (2008), quien también trabaja con historias clínicas de la época, cuando señala que los médicos y el equipo eran proclives a considerar el testimonio familiar e ignorar las aseveraciones de aquellos confinados que podrían haber hecho comprensible su extraño comportamiento; se tomaban importantes decisiones médicas basadas en breves chequeos superficiales y altamente rutinarios. Los diagnósticos

o etiquetas psiquiátricas no tenían una valoración neutral. Ablard (2008) señala que la distancia social entre el profesional y los sujetos (definidos por estatus socioeconómico, raza, género, etnicidad, comportamiento e ideología política, entre otros) fue un determinante principal al declarar a una persona “insana”. Los médicos consideraban que predisponían a la locura factores socioculturales y económicos, incluyendo el estrés de la migración y los roles no tradicionales que adoptaban las mujeres inmigrantes a su llegada a Buenos Aires. Subyace a ello cierta moralidad establecida para la época que, en el caso de las mujeres, adquiere valores singulares asociados a estereotipos de género. Así, la psiquiatría legitimó el encierro de mujeres que se apartaban del modelo establecido para ellas, de lo productivo y de lo esperable, por lo tanto, de la razón; se trata de un cuerpo al que hay que mantener dentro de ciertas normas y orden social.

La “locura” terminaba siendo diagnosticada a través de juicios moralizantes antes que desde lo que podría llamarse desde una perspectiva biomédica “observaciones científicas”. Desde esta perspectiva, la palabra y subjetividad de la mujer quedaban absolutamente anuladas o desoídas, la categoría de “enferma” que la nombraba parecía no dar lugar a la consideración sobre la legitimidad de su palabra. Por el contrario, sus voces muchas veces eran leídas como síntoma de enfermedad antes que causa de su sufrimiento. Frente a ello, por un lado podemos visualizar el rol del médico como “empresario moral” (Freidson, 1978; Sy, 2015), la medicina resultaba así análoga al derecho y a la religión, proponiéndose descubrir y controlar aquello que consideraba indeseable (Foucault, 2000). Por otro lado, como plantea Foucault (1987, 2002), podemos observar que la locura es un problema “epistemológico”, un problema que solo tiene sentido dentro de una determinada episteme. La separación de la locura respecto de la razón no quiere decir que la locura sea completamente independiente de esta, sino que es una forma relativa a la razón, sirve de espejo

o contraespejo a aquello que la relega. En este sentido, la línea de separación entre locura y razón persistirá mientras continúe la episteme dentro de la cual el discurso del “loco” (“la loca” en este estudio) es un discurso rigurosamente excluido, como ocurre desde una perspectiva biomédica (Foucault, 1987, 2002).

## Referencias

- Ablard, J. D. (2008). *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*. Calgary, Estados Unidos: University of Calgary Press and Ohio University Press.
- Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo Documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Audra”.
- Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo Documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Angélica”.
- Bosch, G. y Ciampi, L. (1998). “Clasificación de las enfermedades mentales (1930)”. *Boletín del Instituto Psiquiátrico*. 2(5), pp. 5-25.
- Bosch, G. (2004). “El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina”. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*. 19. Recuperado de <https://bit.ly/2twzdUI>.
- Burin, M. y Meler, I. (2010). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Censo de la Nación Argentina. *Segundo Censo Nacional 1895*. Tomo 2. Recuperado de <https://bit.ly/2PGP0bZ>.
- Ciafardo, E. y Espesir, D. (1992). “Patología de la acción anarquista. Criminólogos, psiquiatras y conflicto social en Argentina, 1890-1910”. *Siglo XX. Revista de Historia, segunda época*, 12, pp. 23-40.

- Chesler, P. (1972). *Women and Madness*. Nueva York: Avon Books.
- Davies, K. (1996). "Sexing the Mind? Women, Gender and Madness in Nineteenth-Century Welsh Asylums", *Llafur* 7(1), pp. 29-40.
- Devoto, F. (2009). *Historia de la Inmigración en la Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Dovio, M. (2014). "La peligrosidad en la *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, Buenos Aires, 1924-1934", *Revista de Derecho Penal y Criminología*, pp. 44-56.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Foucault, M. (1987). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2000). "Clase del 15 de enero de 1975". En *Los Anormales* (pp. 39-59). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la locura en la época clásica*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (1973). *Anuario Estadístico de la República Argentina*. Buenos Aires: INDEC.
- Ingenieros, J. (1957). *La locura en la Argentina. Obras completas*. Buenos Aires: Elmer.
- Kromm, J. E. (1994). "The Feminization of Madness in Visual Representation". *Feminist Studies*, 20(3), pp. 507-535.
- Miranda, M. (2012). "Buenos Aires, entre Eros y Tánatos. La prostitución como amenaza disgénica (1930-1955)", *DYNAMIS*. 32(1), pp. 93-113.

- Marquiegui, D. N. (2010). "Inmigración y control social: nuevas perspectivas de análisis de los procesos de integración y represión del 'fracaso' a partir de los libros de historias clínicas de la Colonia Nacional de Alienados 'Dr. Domingo Cabred' (Argentina) a principios de siglo XX". *Jornadas Bicentenario: perspectivas, debates y desafíos para las ciencias sociales*. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Tandil, Argentina.
- Michalewicz, A., Obiols, J., Ceriani, L. y Stolkiner, A. (2011). "Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio". *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Pacecca, M. I. y Courtis, C. (2008). *Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas*. Santiago de Chile: CEPAL 84.
- Scott, J. (1993). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En Nash y Amelang (eds). *Historia y Género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea* (pp. 23-56). Valencia: Alfons el Magnànim.
- Showalter, E. (1985). *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830-1980*. Nueva York: Pantheon.
- Smith-Rosenberg, C. (1972). "The Hysterical Woman: Sex, Roles and Role Conflict in 19th Century America", *Social Research*. 39(4), pp. 652-678.
- Ruiz Somavilla, M. J y Jiménez Lucena, I. (2003). "Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica", *Frenia*. 3(1), pp. 7-29.
- Stagnaro, J. C. (2006). "Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina", *Frenia*, 6(1), pp. 9-37.
- Stepan, N. L. (1991). *The Hour of Eugenics. Race, Gender and Nation in Latin America*. Ithaca, Estados Unidos: Cornell University Press.

- Sy, A. (2015). "De la Literatura a la Historia: Cuando la locura se convierte en desviación social", *Estud. filol.* 55, pp. 129-141. Recuperado de <https://bit.ly/2rdBTWc>.
- Talak, A. M. (2005). "Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en la Argentina (1900-1940)". En M. Miranda y G. Vallejo (ed.). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino* (pp. 563-599). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Vallejo, G. (2010). "Roma-Buenos Aires: un eje para la expansión de la biotipología y el fascismo". En Vallejo, G. y Miranda, M. *Derivas de Darwin. Cultura y política en clave biológica* (p. 84). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Vezzetti, H. (1985). *La locura en Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Weiner, D. (1995). "Les femmes de la Salpêtrière: Trois siècles d'histoire hospitalière parisienne", *Gesnerus.* 52(2), pp. 20-30.
- Wood, A. D. (1973). "The Fashionable Diseases: Women's Complaints and Their Treatment in Nineteenth Century America", *Journal of Interdisciplinary History.* 4 (1), pp. 25-52.

## Capítulo 3

MARCELA NASZEWSKI<sup>1</sup>

Quién sabe Alicia este país  
no estuvo hecho porque sí.  
Te vas a ir, vas a salir  
pero te quedas,  
¿dónde más vas a ir?  
(Charly García, “Alicia en el País”)

### Escrituras en las márgenes: el lugar de las cartas en las comunicaciones

#### Cartas marcadas

La paciente a la que llamaremos Josefina Cuñaz era de nacionalidad española, y fue “*COLOCADA POR*”<sup>2</sup> *la policía* en agosto del año 1931, con 42 años de edad, tal como figura en el formulario impreso de ingreso. Desde el inicio, se advierte el lugar de objeto que Josefina y el resto de las pacientes “colocadas” ocupan.

Se transcriben a continuación en forma textual los motivos de la observación y el diagnóstico:

**MOTIVOS DE LA OBSERVACIÓN:** el día 25 del corriente, siendo las 7.45 se presentó en la comisaría 17<sup>a</sup> el agente X conduciendo detenida a la mujer Josefina Cuñaz por cuanto en la esquina de Libertad y Paraguay, había oído que

---

<sup>1</sup> Lic. en Psicología por la UBA, magíster en Psicoanálisis. Jefa del Servicio de Salud Mental. Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón. Miembro del equipo de Investigación de ISCo-UNLa dirigido por Dra. Sy.

<sup>2</sup> Refiere a quien acompaña y solicita la internación de la mujer.



aquella pronunciaba frases incoherentes como: “en busca de San Antonio”, haciéndole presumir que tuviera las facultades mentales alteradas.

**TRASTORNOS DE LA IDEACIÓN:** presenta ideas incoherentes de base persecutoria. Oye voces insultantes, ve al diablo diariamente con la virgen. Oye voces de individuos conducidos subterráneamente por el diablo.

**DESÓRDENES DE LA AFECTIVIDAD:** siendo casada y con hijos ha dejado a éstos y a su esposo en España no revelando al recordarlos síntomas de emoción ni manifestaciones afectivas. Está excitada, se mueve de un sitio a otro, presta atención forzada a las voces que dice oír poco y mal.

**DESÓRDENES DE LOS ACTOS:** impulsión defensiva frente a supuestos perseguidores.

Es inadaptable a la vida social. Signos morfológicos. Mal desarrollo esquelético con groseros estigmas de degeneración mental.

**DIAGNÓSTICO:** delirio persecutorio de tipo religioso a base de alucinaciones con ideas delirantes.

Sin embargo, según consta en su historia clínica, Josefina no presentó jamás conductas agresivas, ni impulsivas, ni contrarias a las normas de la institución; por el contrario, ella misma fue agredida por diversas pacientes en varias oportunidades, y fue descripta de esta manera: “Tranquila, mutismo absoluto frente al interrogatorio, sucia y aburrida, con risas inmotivadas, no se ocupa de nada, con escasa atención, desorientada, con buen estado físico y sin novedad en cuanto a su estado mental”.

Con el correr de los años, empeoró su estado físico y psíquico y falleció en marzo del año 1959, es decir, 28 años después de su ingreso.

Durante ese período casi no fue visitada. Solo figuran 2 visitas de un conocido de la familia de origen español. Y el tratamiento médico fue el aislamiento, ya que al menos no figura intervención profesional de psiquiatría alguna, ni de otro especialista, salvo vacunaciones anuales y algunas intervenciones de enfermería o del médico para curarla a causa de las agresiones recibidas.

Adjuntas a la HC, encontramos correspondencia que evidencia los intercambios entre sus familiares y el personal del Hospital.

Carta escrita por la hermana de Josefina con fecha de enero de 1935. Está escrita a mano, resalta una letra especialmente prolija y algo rebuscada.

*Señor Director del Asilo:*

*Muy Distinguido y Poderoso Señor:*

*Salud y largos años de vida le desea la que cariñosamente le saluda. Yo, humildemente paso a pedir de su bondadosa persona un grandísimo favor que voy a suplicarle.*

*Pues Señor, tengo por noticias que una hermana llamada Josefina Cuñaz, asiste en ese Asilo. Yo, como no conozco a nadie, me dirijo, para quitarme la ansiedad, a su persona para que pueda sacarme de dudas.*

*Me tomé esta libertad, estimado, sepa disculpar el atrevimiento.*

*Dígame si la referida, mi hermana, se halla ahí, qué enfermedad le acomete, por quién fue conducida y si alguna persona española la visita.*

*Esperando con ansia su digna contestación*

*Antonieta Cuñaz Nava*

*Mi dirección de España Ilegible*

*Hágame el favor de entregarle esta esquila a mi hermana.*

Borrador de la carta en la que el médico ensaya su contestación a la hermana. Está escrito al dorso de la anterior. Con fecha de febrero de 1935, en la historia clínica se registra que se envió una carta a un familiar de la paciente.

*La enferma está internada en este asilo desde el día 6/2/32. Habiendo sido remitida del Hospital Nacional de Alienadas.*

*Motivo de Internación: Desórdenes en la vía pública, siendo detenida por la policía el 25/8/31, pasa a este asilo el 6/2/32.*

*Afección: Demencia Precoc.*

*En la actualidad se encuentra tranquila, desorientada en tiempo y lugar. Habla sola. Ríe sin motivo.*

*No recuerda a sus familiares. Cuida poco de su aseo. Buen estado físico.*

Carta escrita por un pariente lejano. Escrita a mano, con letra algo desprolija, los párrafos están separados irregularmente, fechada en mayo de 1934. En esta carta se hace referencia a que anteriormente se habían enviado otras 2 cartas que no fueron contestadas. Estas no se encuentran en la historia, y no figura que hayan sido contestadas.

*Sr Médico Interno del Asilo de Lomas*

*Muy Señor Mío*

*Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para saber el estado de salud de Josefina Cuñaz, que se encuentra internada en ese establecimiento.*

*Estimaría que Ud. me diera explicaciones cómo se encuentra la enferma, quien es pariente mía en segundo grado.*

*Para sacarla del referido Establecimiento y llevarla para España conmigo.*

*Es la tercera carta y de ninguna tuve contestaciones así que ruego me conteste.*

*Manuel Rodríguez*

*Dirección: Ilegible Capital*

Nota en un papel mal cortado. Nota escrita en forma desprolija, aparenta ser el borrador de un telefonograma que fue enviado, pero hay un formulario impreso con fecha 29/3/59 –es decir, un día después que Josefina falleció– con la leyenda “TELEFONOGRAMA NO RECIBIDO”.

*Dirigido al Sr Manuel Rodríguez*

*Falleció Josefina Cuñaz. Conteste si se hace cargo del cadáver.*

## Las cartas sobre la mesa

En este capítulo, nos interesa *tomar* como objeto para el análisis las comunicaciones antes citadas. Consideramos que, como se detallará más adelante, estos “anexos” son una vía para descubrir lo no dicho explícitamente en la historia clínica acerca del tratamiento que se le da “a la locura”.

El historiador británico Roy Porter (1985) escribió un influyente artículo titulado “The Patient’s View: Doing Medical History from Below” en el que propone hacer una

historia de la medicina basada en el punto de vista de los enfermos. Según Huertas (1996), en esos años fueron publicados varios artículos que también apuntaban a descentrar el lugar de la enunciación que hasta ese momento solía basarse en los dichos y escritos oficiales o, en todo caso, en lecturas críticas de esos dichos. Sin embargo, es necesario reflexionar sobre la particular dificultad de acceso al punto de vista de los llamados “enfermos mentales” (Huertas, 2016). Es un hecho que los “locos” escriben y reciben correspondencia. Escriben y reciben cartas cuando los encierran, escriben diarios, escriben poesías, literatura.

Podemos nombrar las memorias del presidente Schreber, las cuales no solo pudieron lograr su libertad, al dar testimonio de que él no era más que una víctima de una persecución divina encarnada en su psiquiatra, el Dr. Flechsig, sino que también le sirvieron a Freud (1981) para realizar su famoso estudio psicoanalítico respecto a la paranoia, motivo de estudio hasta el día de hoy.

Entre las historias clínicas con las que trabajamos, encontramos varios de esos escritos de las personas que fueron internadas. Cartas que no fueron despachadas, cartas que no fueron entregadas, notas que dejaban constancia de deseos, denuncias o pedidos. Cartas escritas por pacientes, cartas escritas por familiares, por médicos. Escritos que las más de las veces nos hamaan desde nuestra posición de *voyeur* a la de detectives, y desde la impotencia triste de los certeros finales hasta las mágicas varitas de poder dar testimonio de lo ocurrido, con la idea (¿loca?) de dar voz, dar letra y repensar en ese mismo acto nuestra inserción en el campo de la salud mental actual.

Estas notas, cartas y escritos suelen ir abrochados dentro de la historia clínica, y se corresponden no solo con intentos de las pacientes de ser escuchadas o de transmitir un pedido al exterior o al interior de la institución, sino también con otras figuras que están en juego y que van variando a través del tiempo: la familia, instituciones de algunas comunidades, instituciones del

campo jurídico. Nuestra hipótesis es que estas notas y cartas pueden dar testimonio, mediante un trabajo interpretativo, de lo no dicho explícitamente.

Aquí analizamos, a modo de ejemplo, los cuatro textos que se anexan en la historia clínica de Josefina Cuñaz, correspondientes al “intercambio” entre representantes de la institución y los familiares de la paciente internada.

## El análisis

“Examinar em detalhe as maneiras  
como o acesso ao discurso  
está sendo regulado por aqueles que estão no poder”<sup>3</sup>

Fairclough (1998) afirma que el discurso es el uso del lenguaje como práctica social. Propone un análisis del discurso crítico tridimensional, que incluye tres niveles:

1. el análisis textual del discurso (análisis lingüístico);
2. el análisis del discurso como práctica discursiva (análisis de la producción e interpretación del texto); y
3. el análisis del discurso como práctica social (análisis de las circunstancias sociales e institucionales en las que se produce ese texto, para develar la ideología en juego).

Es en estas tres dimensiones de análisis, es decir, los niveles antes mencionados, en las que basamos nuestro análisis.

---

<sup>3</sup> (FAIRCLOU-647 GH, 1995b, p. 33).

## El análisis textual

### La carta de la hermana

Las palabras son recargadas respecto al lugar que ella ocupa con relación al destinatario. Tiene un lenguaje “culto”, alterna el estilo de primera persona hacia segunda (por ejemplo, “Sepa disculpar el atrevimiento”) a un estilo de tercera (por ejemplo, “Salud y largos años de vida *le* desea”).

En la primera parte, enaltece el lugar del médico con varios adjetivos: “muy distinguido”, “poderoso”, “bondadosa persona”, “estimado”, “su digna contestación”. Al mismo tiempo, subraya su posición subalterna de sometimiento: “Yo humilde”, “Voy a suplicarle”, “Me tomé esta libertad”, “Sepa disculpar el atrevimiento”.

También es llamativa la palabra que usa para decir que su hermana está internada. Por un lado, dice “*Asiste* en ese asilo”, como si estar allí fuera una posición voluntaria, o tal vez quería decir “Se asiste” o “Es asistida”. Aunque, por otro lado, no afirma que su hermana está allí, sino que da un rodeo, como si le preguntara, o como si se disculpara: “Tengo noticias”, “No conozco a nadie”.

Luego, en la segunda parte, el estilo cambia abruptamente, es imperativo. Pareciera que luego de marcar la diferencia y darle todo el poder al médico, lo interpela: “Dígame” (imperativo) “si la referida, mi hermana se halla ahí”, “qué enfermedad le acomete”.

### La respuesta médica

El médico refiere a Josefina como “la enferma”, tiene un lenguaje técnico, objetivo que contrasta con el de la carta que contesta.

Oscila en usar palabras médicas, por ejemplo, “desorientada en tiempo y lugar”, “afección: demencia precoz” y palabras del discurso jurídico, que usa como si estuviera

citando un informe policial, pero las hace propias, “Desórdenes en la vía pública”, “Detenida por la policía”, “Pasa a este asilo”.

Es sintético, pareciera que no fuera una decisión médica sino policial el motivo de internación.

Describe a la paciente como alguien que no tiene registro de la realidad, de dónde está, como si todo le diera igual y no sufriera los pesares que describen: “Desorientada, habla sola, ríe sin motivo, no recuerda a sus familiares, cuida poco su aseo”. “No recuerda a sus familiares”, por un lado, neutraliza la preocupación y pedido de cuentas de la familia, a la vez que reafirma la idea de su estado mental.

Termina con el enunciado “buen estado físico”. Aquí habla de una posición teórica no explicitada en la que divide lo físico de lo psíquico. Y además puede que intente justificarse, demostrando que la institución cuida del estado de la paciente, siendo la enfermedad psíquica y no las condiciones ambientales de la institución las que deterioran su salud.

#### **La carta de un pariente lejano**

Si bien inicia con un tono de respeto y cortesía (“Muy señor mío, el agrado de dirigirme a Ud.”), pasa a pedir explicaciones en forma muy directa. Explicita que quiere sacarla de ahí. Sin embargo, también él se refiere a Josefina como “la enferma”.

Aclara que escribió cartas previamente que no fueron contestadas, lo cual da cuenta de que el lugar de los familiares no es relevante, a la vez que coloca a esta carta en un lugar de mayor “obligación de dar una respuesta”.

#### **El telefonograma**

Sintético e impersonal. “Falleció Josefina Cuñaz”.

Pone la responsabilidad en el destinatario y le da orden de contestar de inmediato: “Conteste si se hace cargo”.

*Práctica discursiva*

Resulta evidente que el lugar del médico como representante de la institución es de un poder absoluto sobre las pacientes internadas por “enfermedades mentales”. No tiene que dar explicaciones, ni responder cuando alguien le sugiere otra estrategia de tratamiento (“Quiero llevarla a España”).

Contesta cuando decide contestar desde el lugar de la objetividad y de autoridad, a diferencia de los familiares, que tienen un lugar subalterno. Como si pidieran disculpas de atreverse a dirigirle una nota. Cuando reciben respuesta, mantienen una cierta pasividad, nada los moviliza a hablar personalmente con el médico o a visitar a su pariente.

*Práctica social e ideología*

Si bien la historia clínica del hospital psiquiátrico tenía y tiene por función objetivar y registrar el estado de un paciente, puede ser un documento que, analizado, revele cuál era la práctica social y la ideología en juego respecto a la llamada “enfermedad mental”, además de poder alumbrarnos respecto a la institución manicomial.

Por una parte, la institución psiquiátrica se constituyó como el espacio único y definitivo para el tratamiento de las patologías psiquiátricas graves. Concepción que aún en la actualidad permanece en el imaginario colectivo de amplios sectores sociales.

Por otra parte, la evolución de los tratamientos de los pacientes con sufrimiento psíquico ha ido de la mano de las características socioculturales y políticas de la sociedad en que estos se han desarrollado. Es decir que las conceptualizaciones y creencias de cada sociedad conforman los fundamentos que se instituyen como supuestos básicos de los tratamientos que se les otorga a los pacientes con trastornos psíquicos. Los tratamientos se constituyen, desde este punto de vista, en reflejo de la sociedad implicada. Lo desconocido en cada sociedad recibe un trato diferenciado



y caracteriza claramente los supuestos epistémicos y paradigmas vigentes. Emiliano Galende (1990) plantea que los saberes en salud mental son encubridores y legitimadores de prácticas que en realidad no responden a un saber fundado científicamente, sino política e ideológicamente. Es decir, respondiendo a una construcción que en lo social responde a la pugna de intereses en juego.

La locura por sus características propias tiende a ocupar ese lugar de desconocido o incognoscible que, por lo tanto, las sociedades tratan de significar de acuerdo a sus valores, sentidos y significaciones predominantes. Dado que tanto la definición de “salud” como la de “enfermedad” son problemáticas de por sí y aún más en lo relativo a lo mental, “el loco”, por exclusión, funciona socialmente significando lo enfermo y por contraste con lo sano.

En el presente análisis, resulta evidente que Josefina no era una persona peligrosa, nada sabemos de su historia ni de por qué emigró desde España. Nada de esto es consignado. Tampoco hubo intento alguno de recomponer o investigar sus lazos familiares. Solo se dirigieron a su hermana para transmitir el saber médico y finalmente a su familiar lejano para que contestara (y él sí debía hacerlo en forma inmediata) si se hacía “cargo del cadáver”.

El aislamiento fue el único “tratamiento” que se le dio ¿a Josefina?, ¿a la sociedad? por ser “inadaptable a la vida social”.

También podemos remarcar un rasgo que el médico describe en la HC respecto a Josefina que la aleja de lo que se espera de “una buena mujer”: nos dirá que

*siendo casada y con hijos ha dejado a éstos y a su esposo en España no revelando al recordarlos síntomas de emoción ni manifestaciones afectivas finalmente también les dirá a su familia que no los recuerda, que no se preocupa por ellos.*

Así el médico se arrogó la posibilidad de interpretar los sentimientos de Josefina sin siquiera haberle preguntado por su historia familiar, poniendo en juego también en sus palabras los estereotipos de género y la figura de la loca en oposición a la de esposa y madre dedicada.

## Comentarios finales

A partir del análisis de las cartas que se adjuntan en las historias clínicas de nuestro acervo documental, resulta posible establecer hipótesis respecto al lugar que la institución ocupaba tanto para las personas internadas, como para la familia y para la sociedad en general.

Se observa claramente que las cartas dirigidas desde la familia a la institución tienen un tono y un estilo de respeto y asimetría. Varias aluden a la frecuencia con que escriben sin obtener respuesta alguna (muchas de ellas aparecen archivadas en las historias clínicas).

En algunas historias se observa que las cartas o pedidos desde fuera de la institución tienen un sello que indica en un recuadro “RECIBIDA/CONTESTADA”, lo cual nos indicaría que en determinado período la institución se veía en la obligación de contestar, o al menos de dejar un registro del movimiento de algunos pedidos.

Estas cartas suelen preguntar por “el estado de salud de la enferma” o interrogan si “existe alguna esperanza que la enferma se restablezca en un plazo más o menos breve”. Otra gran cantidad solicita certificados de supervivencia con el fin de cobrar pensiones o para otros trámites varios en los cuales resulta imprescindible constatar la vida de esa persona ausente. Nunca más clara la elección de esa palabra: “superviviente”. Esas mujeres, sin ese certificado, estarían muertas para la sociedad.

Las contestaciones suelen estar escritas en borrador al reverso de la carta recibida y luego emitidas al modo de un escueto formulario mecanografiado firmado por el médico, sin aclaración de su nombre y apellido, tan solo de la función que ocupa en la institución: “Médico Director”.

Al respecto, resulta evidente que la subjetividad de las “alienadas” no era considerada en el manicomio, aunque tampoco tenían otro lugar donde ser escuchadas, ni donde vivir.

## Referencias

- Fairclough, N. (1995). *Language and Power*. Nueva York: Longman.
- Fairclough, N. (1998). “Discurso, mudança e hegemonia”. En Pedro, Emília Ribeiro (Org.). *Análise crítica do discurso* (pp. 77-103). Lisboa: Caminho.
- Fairclough, N. (2003). “El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales”. En Wodak, Ruth y Meyer, Michel (eds.). *Métodos de análisis crítico del discurso* (pp. 179-203). Barcelona: Gedisa, .
- Freud, S. (1981). “Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (‘Dementia Paranoide’), autobiográficamente descrito (caso ‘Schreber’)”. En *Obras completas* (tomo II. P1487). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva. Trabajo original publicado en 1910.
- Galende, E. (1990). “El sistema de la salud mental e Historia Crítica: de la psiquiatría positivista a las políticas de salud mental”. En *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Huertas, R. (2016). *Otra historia para la otra psiquiatría*. Barcelona: Xoroi Ediciones.

## Capítulo 4

CARLA PIERRI<sup>1</sup>

Es mejor tener el pelo libre  
que la libertad con fijador  
(Pedro y Pablo, “La marcha de la bronca”)

### Un periodo novedoso: 1968-1971

#### Un Centro Piloto de Comunidad Terapéutica 1968-1971

Gabriela<sup>2</sup> nació en 1917 en Balcarce, Provincia de Bs. As. En algún momento desconocido para quienes leímos su historia clínica, se mudó a Avellaneda, es decir que como migrante interna se ubicó donde muchos: en el conurbano bonaerense. Allí vivió hasta 1969, cuando, con 52 años y siendo viuda, fue internada en el Hospital Neuropsiquiátrico Esteves, ubicado en la actual localidad de Temperley del partido de Lomas de Zamora de la Provincia de Buenos Aires.

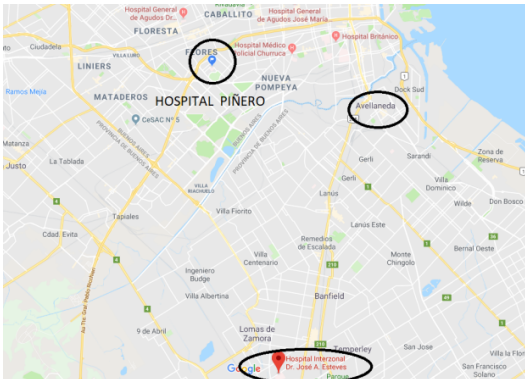
- 
- <sup>1</sup> Lic. en Psicología UBA, Mg. en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud UNLa. Integrante y becaria del equipo de investigación UNLa dirigido por la Dra. Sy (2012-2017) y del equipo codirigido por la Lic. Ros y la Dra. Wlosko (2017-2019). Docente de SPSM II e investigadora UBA. Psicóloga en Unidad Pedagógica de la DG Docencia e Investigación GCABA. Psicóloga clínica. maildecarlapierrri@gmail.com.
  - <sup>2</sup> Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas, “Gabriela”.

**Mapa del centro de la Provincia de Buenos Aires con la localidad de Balcarce, Argentina, marcada**



Fuente: Google Maps, extraído el 22-4-2018.

**Mapa del sur de la CABA y conurbano bonaerense aledaño con las ubicaciones del Hospital Piñero, el Municipio de Lanús y el Hospital Esteves de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, marcadas**



Fuente: Google Maps, extraído el 22-4-2018.

Llegó al Esteves acompañada por su hija, derivada desde el servicio de Psicopatología e Higiene Mental del Hospital Piñero, donde había permanecido por dos meses y medio.

Desde aquel hospital informaban que solo atendían internaciones agudas y breves, y, como tenían falta de camas, solicitaron el ingreso de la paciente al neuropsiquiátrico de la Provincia de Buenos Aires. Según ellos, Gabriela presentaba “síntomas de alienación mental” con diagnóstico “tipo hebefrénico (parafrenia) 300.1”.

En el Esteves su ingreso es refrendado por una médica psiquiatra (hecho poco frecuente, con anterioridad solo hay registro de varones), quien consignó que Gabriela había sido 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 diagnóstico fue “demencia”. La hoja preimpresa de registro de su ingreso incluía un espacio para el “examen psicológico”. Ese ítem resulta novedoso en relación con plantillas preimpresas de años anteriores, donde solo registraban los médicos y no incorporaban a otras disciplinas. Ahora bien, curiosamente aunque en la HC de Gabriela existía el espacio para la anamnesis psicológica y de historia social, estos fueron dejados en blanco.

Durante los primeros meses de su internación en el Esteves, se registró que asistió a “entrevistas”, que estaba triste por la muerte de su esposo (“llorosa”, “parcialmente orientada”, “con conciencia de situación pero no de enfermedad”). Fue medicada con tres Stelazine (neuroléptico), dos Artane (antiparkinsoniano) y dos Nozinan (neuroléptico) por día. Tales indicaciones se fueron modificando con observaciones, agregados y cambios de medicación.

A los tres meses de su ingreso, hacia principios de 1970, fue trasladada al Pabellón 9. El tipo de registros y palabras se modificó a partir de este traslado. A los dos días de ingresar al Pabellón 9 se registró que se había presentado al “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 (antipsicótico neuroléptico). Todo ello contrasta claramente con lo descrito en el párrafo anterior para los primeros meses de internación. A los tres meses aproximadamente, fue “encontrada en el patio obnubilada” con una infección facial. Le pusieron hielo y se inició un tratamiento con Amitripilina 1-1-1. Tres días después comenzó con deposiciones diarreicas muy frecuentes y dolor que se mantuvieron hasta que hacia junio de 1970 tuvo una “sepsis médica” y “se constató su deceso” a las 7:30 a. m. por una “insuficiencia cardíaca aguda” con una enterocolitis como antecedente clínico. Entre su internación y su fallecimiento, pasaron ocho meses. Su cuerpo fue retirado por sus familiares.

¿Cómo se comprende el brusco cambio en los tipos de registros al ser trasladada desde el pabellón de admisión hacia otro? ¿Qué cuestiones referidas a los discursos científicos, a las discusiones en salud mental se vislumbran en este recorrido? ¿Qué formas institucionales coexistían en el hospital en ese momento?

### La Comunidad Terapéutica en el asilo de alienadas: el Centro Piloto en las entrañas del manicomio

“... el impacto fue enorme... yo creo que fue lo más importante que hicimos en nuestra vida...”

(Vayo en Entrevista a Vayo y Grimson, 2013)

La experiencia del Centro Piloto de Comunidad Terapéutica (CP) del Hospital Esteves funcionó entre julio de 1968 y enero de 1971. Mientras duró esta experiencia, según sus protagonistas, todos los ingresos al hospital fueron realizados por una evaluación conjunta de psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales de dicho CP (Grimson, 1972). Esto explica el formulario triple en la admisión de Gabriela (psiquiatría, psicología, social), aunque resulta llamativo que en su historia se hubiese completado solamente el espacio destinado para psiquiatría. ¿Habrán participado las otras disciplinas del ingreso, pero no registraron nada en el formulario? ¿Por qué?

Las comunidades terapéuticas se impulsaron como experiencias piloto en la Argentina durante la dictadura del Gral. Onganía en distintas colonias del país retomando una propuesta de 1953 de la Organización Mundial de la Salud que, en un contexto de horror al nazismo y sus campos de concentración, notando su parecido con algunos manicomios, había llamado a transformar los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas (Galende, 1990). Sumado a tales críticas, el gran número de personas con secuelas psicológicas por la guerra y la llamada “revolución psicofarmacológica” modificaron las perspectivas posibles para los tratamientos (Galende, 1990; Grimson, 1972). Justamente fue en la década del 50 cuando se descubrieron los primeros psicofármacos antipsicóticos, tranquilizantes, antidepresivos y estimulantes (Clorpromazina, en 1952; Haloperidol, en 1958; Clozapina, en 1966), que implicaron la posibilidad de trabajar distintos padecimientos mentales fuera de los manicomios. Este es un momento de ebullición de críticas al modelo psiquiátrico tradicional y de nacimiento del campo de la salud mental (Galende, 1990). Dentro de esta perspectiva crítica al manicomio, se fueron desarrollando distintas experiencias que dieron cuenta de la crisis del paradigma de la psiquiatría tradicional en el mundo.



Desde el Instituto Nacional de Salud Mental, creado en 1957, se impulsó la creación de comunidades terapéuticas en distintos hospitales (entre ellos el Esteves) y colonias como pruebas piloto.<sup>3</sup>

Las comunidades terapéuticas nacieron en Inglaterra justamente en la posguerra (si bien la denominación es de Maxwell Jones), cuando Bion y Rickman trabajaban con soldados afectados mentalmente en 1943 en el Northfield Hospital, organizando grupos para discutir colectivamente sus problemas, así como para decidir cuestiones que hacían a la organización del pabellón. Los presupuestos que tiene no son tanto médicos como sociológicos (Galende, 1990), a saber: libertad de comunicación en todos los niveles y sentidos, análisis de los intercambios institucionales en términos de dinámicas grupales o interpersonales, asamblea diaria o periódica como órgano de gestión, gobierno y evaluación de las actividades, entre otros.

Durante la experiencia del CP en el Esteves, según sus coordinadores, las internaciones tendieron a abreviarse y a eliminarse las que fueran innecesarias (Grimson, 1972).

Al momento del inicio de la planificación del centro piloto, en 1968, el Esteves contaba con 2 500 pacientes internadas crónicas (Vainer, 2005) y recibía trescientas nuevas por año

a la par de tener el mismo número por egresos por defunciones. La edad promedio de las mujeres era de cincuenta y cinco años, llevando diez de internación. Las pacientes provenían de distintos lugares del país, pero especialmente de los manicomios de Buenos Aires que lo consideraban un depósito final. El trato era un reflejo fiel de las prácticas manicomiales:

---

<sup>3</sup> Wilbur Ricardo Grimson y equipo estuvieron en un pabellón del Hospital Esteves (Provincia de Buenos Aires); Luis César Guedes Arroyo, en el Hospital Neuropsiquiátrico Roballos de Paraná (Entre Ríos); Julio J. Herrera, en el Hospital Psiquiátrico "El Sauce" (Mendoza); Raúl Camino, en Colonia Federal (Entre Ríos), por mencionar solo algunos nombres y lugares.

almuerzos a las 10:30 de la mañana y cenas 15:30 por conveniencia del personal; prácticas pseudoterapéuticas utilizadas como castigo (*electroshock*, *shock* insulínico, chalecos de fuerza y absceso de fijación) (Vainer, 2005).

En el Esteves de estos años, convivieron dos instituciones con sus respectivas prácticas inscriptas en paradigmas divergentes en salud mental: el manicomio y la comunidad terapéutica. Cada uno tenía sus lógicas, y, debido a que estas eran profundamente contrapuestas y se cuestionaban mutuamente, se produjeron tensiones destacables.

La experiencia de la comunidad terapéutica comenzó concretamente en julio de 1969 y su equipo contó con “veinte médicos, doce psicólogos, cuatro sociólogos, dos psicopedagogos, cuatro terapistas ocupacionales, cinco asistentes sociales, doce enfermeras y numerosos voluntarios” (Vainer, 2005). Para las tareas que se proponía el centro piloto, remodeló un pabellón donde poder realizar internaciones breves incorporando la atención de pacientes varones. Así las áreas de trabajo eran: sala de varones, sala de mujeres (ambas salas sumaban un total de setenta y dos camas), admisión y hospital de día (para veinte personas). La estructura de trabajo con la que contó el CP incluía a ocho profesionales: 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 ocho horas de trabajo periódicas (Grimson, 1972).

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 solo diez médicos, mientras que el centro piloto tenía muchos más profesionales mejor pagos, ambulancias, camionetas y residentes médicos. Notable diferencia para poder pensar proyectos terapéuticos en salud mental.

Este dato da cuenta, por un lado, de la diferencia abismal en el número de profesionales con relación al de personas internadas entre un asilo de crónicas y un “hospital”. Asimismo, se visibilizan otras condiciones precarias de trabajo, como el salario bajo o la falta de recursos.

El “centro piloto” (CP) en dos años atendió aproximadamente de quinientos a seiscientos pacientes. Según los Dres. Vayo y Grimson (Grimson, 1972), desde el centro piloto se realizó “una experiencia de transformación del hospital desde el manejo de los agudos”. El Pabellón Ayerza fue el centro de admisión. Allí debió haber ingresado Gabriela, allí debió haber asistido a las “entrevistas” donde la vieron “llorosa”, “triste”, y donde registraron con espacios de pocos días la evolución de ella con relación a su medicación.

Fotografía del SUM del Pabellón Ayerza en 2013



En el CP había un equipo de terapia ocupacional (entrevista a Vayo y 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). También había salidas a recorrer la ciudad, la costanera, el obelisco (Grimson, 1972).

Asimismo, y tal como postulan las comunidades terapéuticas, 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).

El CP, al centralizar la admisión, cambió los recorridos de internación en relación con admisión y derivación a clínicas privadas. Antes del CP la monjas (hermanas del huerto) cobraban un bono de internación del paciente en la cooperadora antes de la admisión y se derivaba a clínicas privadas de la zona (pertenecientes a los mismos profesionales), a quienes consideraban que podían pagar (entrevista a Vayo y Grimson 2013): “invertimos el recorrido de la admisión” y “les cortamos el negocio de las clínicas privadas”.

En cuanto al contraste con el resto del hospital, los entrevistados planteaban: “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 y 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”. Cuando Gabriela fue trasladada al Pabellón 9, justamente lo que cambió no fue la mampostería de su sala, sino la institución y sus prácticas: allí pasó a ser “pueril”, “desorientada en tiempo y espacio”, la medicación comenzó a serle administrada vía inyectable. Los cambios en las palabras, en las miradas, en los registros se entranman con el ingreso a otra institución donde morirá luego de meses de registros de diarreas.

Lo que más quiero destacar es la necesidad de equipos, de profesionales, supervisores, para poder construir y sostener dispositivos de externación. Crear una política desinstitucionalizadora requiere presupuesto, recursos. Diferenciar esto de intenciones deshospitalizadoras y ajustadoras en la actualidad es la espinosa tarea que nos toca como trabajadores de la salud mental.

## Represión en el Centro Piloto del Esteves

“En febrero de 1971 las autoridades...  
volvieron a autorizar el uso de chalecos de fuerza.  
El mismo día una enfermera arrojó un balde de agua fría  
sobre una paciente excitada para calmarla.  
El manicomio había vuelto al Esteves”  
(Carpintero, Vainer, 2005, p. 159)

A mediados de 1970, se intervino el INSM, que pasó a estar a cargo de Augusto Badano, médico cirujano del Hospital Churruca. Semanas después, en septiembre, intervinieron el hospital con Juan Ramón Rodríguez Lonardi a la cabeza. Con él se 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 Dra. L. Edelman. El equipo del centro piloto respondió. Los primeros días de enero de 1971, mediante la aplicación de la ley de prescindibilidad y como castigo, veinticinco trabajadores del CP fueron dejados cesantes y la policía no los dejó ingresar al hospital (Grimson, 1972). La reacción tanto de la asamblea como del personal especializado fue oponerse a estas disposiciones (ver notas periodísticas en el diario *La Prensa* en la última semana del año 1970). 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). El diario *La Prensa* nombraba a los trabajadores en paro activo como “los quejosos”, como “dignos de un colegio nacional” o como “histerizados” (*La Prensa*, 23-12-1970; 24-12-1970). Se acusaba al centro de realizar orgías sexuales, de que sus miembros eran “subversivos” y “comunistas” (Carpintero, Vainer, 2005).

Por aquellos años, la dictadura de Onganía era famosa por su alianza con sectores clericales y por llevar adelante “el reordenamiento del orden moral” para enfrentar la subversión marxista. Asimismo, en 1967 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 fueran definidas como comunistas.

Cabe construir un saldo de interrogantes que deja esta experiencia: ¿qué implicancias tienen los discursos científico-morales sobre las vidas y sobre las experiencias de transformación de relaciones de poder? ¿Por qué se eligen temas sexuales y de política para desprestigiar una experiencia? ¿Por qué tanto interés en un efector de salud mental? ¿Qué de la regulación de lo sano y lo enfermo se pone en juego? ¿Qué implicancias para las relaciones civiles/patrimoniales? ¿En un solo hospital? ¿Qué ocurre cuando existe un lugar donde ubicar aquello que no encaja?

Algunos plantean que en ese momento volvió el manicomio, tal vez podamos plantear que en ese momento el manicomio volvió a fagocitarse al pabellón del hospital que había logrado transitar otra experiencia, otro hospital.

Ahora bien, hay una pregunta incómoda para nosotros/as, trabajadores/as de la salud y de la salud mental. Sin duda, para quienes participan de las experiencias alternativas al manicomio la marca de esa posibilidad es quizás un rayón que torció su destino de internación manicomial; ahora bien, ¿qué ocurre con los otros, los que no ingresan a estos dispositivos si continúa existiendo un lugar donde ubicar lo otro, lo que no encaja, lo que no es posible “resocializar” debido a su cronicidad? ¿Qué ocurre con aquellos que no pueden ingresar a estas experiencias y son derivados al “otro hospital”? Nos preguntamos por “lo alternativo”, por sus enormes posibilidades en los recorridos concretos y sus contradicciones en relación con los pacientes que se aceptan y los que se dejan por fuera de estas posibilidades. Tal es el caso de Gabriela: ingresó al CP, pero al tiempo fue derivada al Pabellón 9, donde moriría meses después.

Esta pregunta esconde algunas anteriores. ¿Es posible la desmanicomialización en un solo servicio? ¿En un solo país? ¿Qué ha ocurrido con las experiencias aisladas o piloto en salud mental? ¿Qué destino tienen las propuestas alternativas al manicomio que conviven con él? ¿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?

Jueves 24 de diciembre de 1970

LA PRENSA

# La situación en el pabellón modelo de un hospital neuropsiquiátrico. El personal exige que se incorpore a los profesionales separados. Declaraciones

**Lenas de Zamora (Buenos Aires).** — No se produjeron variaciones en la situación planteada en el pabellón modelo del hospital neuropsiquiátrico José Estévez, de esta ciudad, con motivo de la limitación de los servicios de una médica y el traslado del director de ese centro piloto, doctor Wilburg Grinson.

Como se informó en la edición de la víspera, el personal del pabellón se rebeló por la separación de la doctora Lucilia Rialaman, a quien el Instituto Nacional de Salud Mental limitó los servicios por razones administrativas, no aportar otras explicaciones. Pero sus compañeros piensan, en cambio, que se trata de "un nuevo caso de discriminación ideológica", por cuanto la doctora Rialaman milita hace ocho años en el disuelto Partido Comunista del cual fue expulsada según aseguran. Posteriormente, se decidió que el doctor Carlos Capolichio, secretario técnico de la intervención en el hospital Estévez, actuara en la fase administrativa del pabellón modelo, pues se consideraba que el director, el doctor Wilburg Grinson, psiquiatra, no cubría adecuadamente esa función por no ser médico asilarieta. Finalmente, la intervención en el Instituto Nacional de Salud Mental decidió trasladar al doctor Grinson para que volviera a ocupar el Servicio de Epidemiología Psiquiátrica, tarea que realiza desde el momento que dirige el pabellón modelo del hospital Estévez y que prorroga durante esta última gestión.

Todas estas mutaciones generaron la discordancia del personal del pabellón modelo, que al mismo tiempo ocupó las instalaciones. El problema se agravó cuando el interventor del hospital Estévez, doctor Jorge Rodríguez Leonard, designó la subintendencia para que un personal de un seminario de noticias visitara el pabellón y concertara con los enfermos, se formalizó entonces la "asamblea de comunidad terapéutica" en la que participan profesionales y pacientes, que decidió Franzgrub el cierre al centro.

Después se produjeron incidentes mientras el doctor Agustín Díaz Badoera, interventor en el Instituto Nacional de Salud Mental, sostiene que el doctor Capolichio fue agregado por el personal, el doctor Grinson asegura que ocurrió justamente lo contrario. En primera instancia se decidió trasladar a los médicos, pero la idea no se concretó. Se requirió en cambio la colaboración profesional como medida de emergencia, y el doctor Jorge Rodríguez Leonard, jefe del Hospital

Nacional de Salud Mental, se hizo cargo del pabellón.

La situación se mantenía en esas condiciones hasta ayer a última hora. Por la mañana, el personal del pabellón convino con el doctor Oscar Gila Carib, jefe del Departamento de Estudios Técnicos del Instituto Nacional de Salud Mental, refiriendo que para llegar a una solución debían ser reincorporados la doctora Estelina y el doctor Grinson. El doctor Gila Carib informó a "La Prensa" que por la tarde, el personal había exigido la separación del interventor en el hospital Estévez y del secretario técnico, algo que consideró inadmisible.

Indicó además que los enfermos están correctamente atendidos, y que el personal se halla "completamente insatisfecho" con lo que había conversado durante la mañana por espacio de tres horas con los disidentes, sobre quienes "Grinson ejerció una gran influencia". Contó que lo que se desea es un ordenamiento de la fase administrativa, no la designación del equipo del pabellón modelo. Para él, es necesario crear una infraestructura de ordenamiento y administración, algo que a su juicio no pueden lograr los constructores del pabellón, dedicados a la "psiquiatría pura".

Después de abundar en elogios para la capacidad de "esa gente a la que necesitamos recuperar", pues sus métodos son "modernos y correctos" y el centro piloto es una necesidad, indicó el "plan de lucha" urdido por los quejales, el que calificó como "un solo caso nacional. Están como chicos".

Pero —completó— "se porfolata como verdaderas profesionales" en cuanto a la atención de los pacientes y "no podemos dejar la situación hasta que se realice una investigación para establecer responsabilidades".

En cuanto a si la doctora Estelina había sido separada por motivos políticos, el doctor Gila Carib dijo que el Estado se reserva durante tres años el derecho sobre la utilización de esas empleadas, según el estatuto. "Las razones no se hicieron públicas porque no lo exige el estatuto. Usted me asegura que lo digo que fue por un mejor ordenamiento administrativo".

Sobre el doctor Grinson, se indicó que simplemente se lo devolvió a la División de Epidemiología Psiquiátrica "porque allí puede ser 'más útil'". Indicó también que que la experiencia demuestra que los mejores conductores de hospitales

no han sido nunca las eminencias o grandes catedráticos, sino quienes conciben, en disciplina. "De lo contrario, siempre ocurren estas cosas". En la referencia a su bandera de color rojo que ondeó sobre el pabellón, "a pesar de ciertas epigramáticas no puedo desear que un transfondo político", Confirma que se mantiene la vigilancia policial —"hay uno o dos agentes"—, que el doctor Morales permanece a cargo del pabellón, que se estudia la designación de un nuevo director para esa dependencia y que se iniciará un seminario sobre todo lo sucedido. A su juicio, los disidentes conforman "un grupo compacto, muy bien integrado. No sé si a la adición social. Usted sabe, a veces se adhiere por temor o cobardía, para no traicionar a la causa".

En definitiva, se manifestó optimista en cuanto a una solución: "Necesitamos recuperar a esa gente, negociar si es preciso, pero siempre dentro de un orden administrativo que no podemos dejar de lado. Nosotros tenemos 17 establecimientos, los más en que pensar".

**Del doctor Grinson**

Por su parte, el doctor Grinson, con quien hablamos, respondió: "Yo no salté el muro del pabellón ni hablé con el doctor Morales el martes" (esto había manifestado a "La Prensa" el doctor Badoera, interventor en el Instituto Nacional de Salud Mental). "Cito que por eso se ha iniciado un seminario —dijo Grinson— y es innecesario. Digo que yo salté para retirar y propaganda comunista, y mis hijos profesionales y los había llevado el lunes. Había, además, 6 policías de custodia".

"En cuanto a la bandera roja —"a puso un paciente, porque considero que el pabellón se reventaba. Con las reacciones que hubo, ellos pensaban cómo manejar al bolche", se imagina que si el personal fuera comunista no la descubriera de esa manera".

Aclaró que se protesta por la reducción del personal por cuanto ello se limita la eficiencia del pabellón, "que tuvo 300 interconsultas en un año, con un 60 por ciento de altas de promedio. El promedio de interconsultas ha sido de 10 años y así el enfermo se cronifica".

Relató también que la labor del pabellón se había extendido al resto del hospital Estévez, con la realización de festivales y otras actividades en que participaron Marieta Monti, Necha Gossara, el grupo "bañi-

LA C  
La  
de la  
sufre  
ta e  
real  
caso  
men  
prec  
las  
rimo  
Estad  
nos.  
Organ  
ría y  
as  
funci  
en el  
previ  
ra ya  
noche  
de la  
aplic  
com.  
Ha  
mé  
hos  
T  
mod  
Mig  
19 8  
200  
refo  
nisi  
ent.  
La  
rast  
que  
ha d  
tras  
5  
me  
pres  
ent.  
Ce  
y f  
grá  
1  
Mis  
re  
el  
cse  
ste  
res  
tes  
te  
no  
de  
de  
de  
de  
de  
de  
de  
de  
de  
de

Fuente: diario La Prensa, 24 de diciembre de 1970.



## Referencias

- Acta Neuropsiquiátrica Argentina. “En torno al problema de la asistencia psiquiátrica nacional”. [Editorial]. 1959: 5.
- 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. (2008). *La condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2004). *Las huellas de la memoria I. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los 60 y 70. Tomo I: 1957- 1969*. Buenos Aires: Topía.
- Carpintero, E. y 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.
- Cutuli, A. (2006). *Comunidad de Locos* [documental]. Argentina.
- La Prensa* (29 de diciembre de 1970). “Declaraciones sobre el conflicto del Hospital Esteves”.
- 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.
- Galende, E. (1990). “El sistema de la salud mental e Historia Crítica: de la psiquiatría positivista a las políticas de salud mental”. En *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Golcman, A. (2012). “Tendencias innovadoras en las prácticas psiquiátricas. Argentina, 1960-1970”, *Rev. Cienc. Salud*, 10 (3), pp. 387-401.
- Grimson, W. R. (1972). *Sociedad de locos: experiencia y violencia en un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- La Prensa* (23 de diciembre de 1970). “Incidentes en el Pabellón Modelo del Hospital Esteves”.

- La Prensa* (23 de diciembre de 1970). “La situación en el pabellón modelo de un hospital neuropsiquiátrico”.
- La Prensa* (23 de diciembre de 1970). “Realiza paros el personal del Hospital José Esteves”.
- Ley Comunismo Represión N° 17.401 de 1967. Disponible en <https://bit.ly/2SjztRg> (15-6-16).
- Stolkiner, A. I. (2003). “Nuevos enfoques en Salud Mental”. Ponencia en 14.º Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria; 8-11 de sep. de 2014; Sanatorio Güemes, Buenos Aires.
- Sy, A., Pierri, C., Granda, P., Strasser, G., Visciglia, K. y García, C. (2014). “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)”. Ponencia en XI Congreso Argentino de Antropología Social; 23-26 de jul. de 2014; Universidad Nacional de Rosario, Rosario.
- Sy, A., Pierri, C., Barrio, A. L., Gutiérrez, M. y Naszewski, M. (2015). “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 de nov. de 2015; Instituto Multidisciplinario de Historia y Ciencias Humanas, Buenos Aires.
- Vainer, A. (2005). *Sociedad de locos*. Topía.

## Fuentes documentales

- Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Base de Serie Historias Clínicas del Hospital Esteves, s/f, Disponible en AGN.



## Capítulo 5

ANA LAURA BARRIO<sup>1</sup>

Calesita una vez a la semana, bebé  
El paraguas cuando llueva  
Golosinas después de la mañana, bebé  
Mi cariño cuando quieras  
(Luna Monti y Juan Quinteros, “Regalitos”)

### **La incorporación de niños/as al hospital, un interrogante abierto**

Héctor tiene 3 años cuando llega al hospital el 19 de junio de 1963. Es traído por su padre (quizá acompañado por su madre) junto con un informe del Hospital Vecinal Bariloche-Río Negro donde consta, entre otros datos, una consulta a los 3 meses de edad por notar “gran indiferencia y apatía, gritos y llantos, gran inafectividad”. También trae una nota firmada por el padre, dirigida al director del hospital, solicitando el ingreso de “la enferma” (se trata de un formulario para completar) que se encuentra “en estado de alienación mental” según

certificado adjunto de los doctores, para que sea sometida al tratamiento que le corresponde quedando obligado a respetar y acatar las prescripciones del reglamento, las indicaciones médicas en lo que atañe al internado de la enferma mientras dure la asistencia de esta, y recibir a la enferma cuando la Dirección considere conveniente darle el alta

---

<sup>1</sup> Lic. en Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Mda. en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la UNLa. Docente FCM-UNLP. Integrante del equipo de Investigación de ISCo-UNLa dirigido por la Dra. Sy.

Reconoce que debe “respetar las indicaciones médicas en lo que se refiere al aislamiento de la enferma y a su salida del Hospital”.

En la primera evaluación del niño, podemos leer:

Según confiesa su padrastro adoptó accidentalmente al niño ya que este lo poseía la mujer que más tarde fuera su esposa, teniendo el niño 6 meses de edad; en cuanto al padre propio del niño son pocas las referencias que se tiene pero, según la madre del niño, dice que ha sido un hombre sano, actualmente fallecido, no sabiendo de qué enfermedad. En cuanto a los padres por parte de la madre, viven y son sanos, no así una tía por parte de la madre del niño que era sordomuda, actualmente fallecida. [...]. La madre del niño posee tres hermanos vivos y sanos; niega antecedentes psicóticos. [...]. Declara su padrastro que se hizo cargo del niño a los 6 meses y que nada anormal pudo notar en él hasta más o menos los 8 meses de edad en que por algunas características que no puede explicar, resolvió llevarlo a un facultativo quien lo puso en tratamiento; situación que llamó la atención del padrastro al llegar el niño a su época de ambulación y locuela, actos fisiológicos estos que el enfermito no los llevó a cabo, además, a partir del año se hicieron más evidentes sus anomalías: ataques convulsivos, crisis nerviosas, llantos continuos con gestos de dolor acompañados por flaccidez más o menos generalizada de grupos musculares, en especial del cuello. [...]. La enfermedad actual es consecutiva al proceso desarrollado hace más o menos un par de años, en que sus males fueron aumentando en forma paulatina y progresiva; en la actualidad el niño tiene tres años de edad, presentando un cuadro oligofrénico”.

Héctor permanece tres meses internado, hasta su fallecimiento. En su historia clínica encontramos dos evoluciones médicas del 19 y del 22 de julio del 63 (al mes de internación). Registran diarreas, se indica régimen y “Total [ilegible]”. Los siguientes registros son del 6 y 7 de octubre. El 6 de octubre de 1963, a las 23 h, se describe un cuadro de “vómitos” que “requiere hidratación” y la prescripción de un tratamiento del cual se puede leer “IDO c.c.”,

“solución fisiológica”, “Redoxon”, “terramicina”. La siguiente evolución es del día después: “Enfermo amarillo, afebril [...] bolsa de agua caliente en ensilladura lumbar, enema evacuante. Steclin 100 mg. IM”. “12 hs: se recupera la diuresis. Se continua la hidratación con solución glucosada 5% EV”. “14:30 hs: Se comprueba el fallecimiento del enfermo”. Causa de defunción, “insuficiencia renal aguda”, el 7 de octubre de 1963.

Este caso nos sirve de ejemplo para ilustrar la situación de estos niños/as que llegaban al hospital. En total, dentro del fondo documental del archivo, encontramos nueve historias clínicas que pertenecen a “menores” (cinco niños y cuatro niñas) cuyas edades oscilan entre los 2 y 12 años de edad. Fueron internados y fallecieron en el Hospital Esteves entre los años 1959 y 1965. Este hallazgo nos resultó muy llamativo por tratarse de una institución que se creó, como hemos visto, con el fin de albergar a mujeres con padecimiento mental. Una de las primeras hipótesis que pensamos fue que se trataba de hijos/as de mujeres que estaban internadas. Habíamos leído historias de mujeres que estaban embarazadas, que parían sus hijos/as en el hospital, de los que después nada se mencionaba sobre sus destinos. ¿A dónde iban esos niños/as? ¿Quedaban en la internación con sus madres? ¿Eran puestos/as a cargo de algún familiar? ¿Eran trasladados/as a otras instituciones? ¿Dados/as en adopción? Nada se nos dice sobre ello. Otra de las hipótesis acerca del origen de las historias clínicas de niños/as era que se trataba de adolescentes de edad cercana a la mayoría de edad. Quizá sus cuadros psicopatológicos de gravedad ameritaban una internación allí por ausencia de otras instituciones donde pudieran tratarlos/as. Esta es una situación que no le es ajena a cualquier trabajador/a de salud que transite un hospital público de la provincia de Buenos Aires en esta época –de otras provincias es probable que también–, y sería tanto más probable en aquella época que no abundaban los efectores de salud mental.

Cuando comenzamos a acercarnos al material, empezamos a despejar estas dudas y a abrir nuevos interrogantes. En algunas carátulas de historias, nos encontramos con la siguiente leyenda: “PABELLON NIÑOS”. ¿Que sorpresa! ¿Existía un pabellón exclusivo de internación de niños/as? Es un dato que no encontramos registrado ni documentalmente, ni referenciado de alguna manera por la memoria de los trabajadores.

Lo primero que nos llama la atención del ingreso de Héctor es la nota de solicitud de la internación dirigida al director del hospital. Allí parecieran cederse todos los derechos y libertades de la persona a la institución, lo que dejaba a la familia en total dependencia y sujeta a sus decisiones:

[...] obligado a respetar y acatar las prescripciones del reglamento, las indicaciones médicas en lo que atañe al internado de la enferma mientras dure la asistencia de esta, y recibir a la enferma cuando la Dirección considere conveniente darle el alta.

Héctor estuvo tres meses internado. Sabemos poco acerca de lo que sucede con él en ese periodo de tiempo dentro del hospital. Como mencionábamos, encontramos algunas evoluciones médicas en su historia clínica que remiten a síntomas médicos (diarrea) y su tratamiento, y los últimos registros describen la situación de compromiso clínico del niño que desemboca en su muerte. No hay registro de ninguna otra disciplina que intervenga en el caso, ninguna práctica de rehabilitación o de estimulación. En general, el tiempo que permanecieron internados los niños y niñas varió desde los 6 días hasta casi 4 años, hasta su fallecimiento. Comparado con el tiempo de internación promedio de las mujeres en el hospital, vemos que es menor.

Héctor es ingresado a la institución por el padre adoptivo, situación que se repite en otras historias. Respecto a quienes ingresaron a los niños/as al hospital, encontramos distintos actores, en algunos casos fueron ingresados desde

el Servicio Social de Casa Cuna, en otros casos por la madre o el padre. De los diagnósticos que les fueron asignados, no podemos decir que hubiera uniformidad, sí que se trata, en algunos casos, de enfermedades con un componente orgánico causal definido. Entre los diagnósticos asignados, algunos de ellos combinados, encontramos: epilepsia parcial yaksoniana; oligofrenia; parálisis espástica congénita; hipotonía generalizada de agresividad manifiesta; evidente deficiencia mental (IDIOCIA); profundo síndrome oligofrénico; parálisis cerebral infantil; encefalitis crónica. El diagnóstico de Héctor es realizado a partir de una evaluación médica previa en el Hospital Vecinal Bariloche, de Río Negro. Esta refiere que sus padres “a los tres meses consultan un facultativo a raíz de notar una gran indiferencia y apatía en el niño, así como gritos y llanto y acentuada inafectividad. Hasta esta edad no había padecido enfermedad alguna”. Héctor presenta:

Desarrollo psíquico inferior a su edad cronológica. No habla, audición abolida, trofismo conservado, permanece constantemente acostado contrariándose cuando es levantado. Es incapaz de mantenerse en posición sentada, se alimenta exclusivamente de leche, papillas y puré.

Esta evaluación agrega que Héctor nació a término, por parto normal, y concluye con el diagnóstico de oligofrenia, forma paradigmática de la patología mental de principios del siglo XX (Rossi, 2009).

Estos diagnósticos, pensándolos en conjunto con el tiempo de internación y fallecimiento en el hospital, nos dan una idea del perfil de patologías que presentaban los niños/as internados en el Esteves y la ausencia de un tratamiento. Probablemente se tratara de aquellos que no tenían asilo en ninguna otra institución o de los cuales no se esperaba una recuperación. Posiblemente, en relación con esto, llaman la atención los registros de “tratamientos”. En 4 de las 9 historias clínicas, encontramos registro de lo que



suponemos son aplicaciones de “células vivas de embrión de cobayo”. ¿De qué se trata este “tratamiento”? ¿Tendría algún sustento científico para realizarse? ¿Por quién estaba validado este procedimiento? ¿Se trata de una experimentación? Se hace necesario profundizar sobre este punto para intentar responder estas preguntas. No encontramos esta referencia en la historia clínica de Héctor, pero sí en otras historias clínicas de niños/as. Cabe resaltar que, de los análisis realizados de historias clínicas de mujeres internadas en el hospital, en ninguna se tuvo un registro similar de tal “tratamiento”.

Por último, entre las causas de defunción más frecuentes, encontramos aquella por la cual todos moriremos cuando el corazón deje de latir, que adquiere diferentes formas de registro: insuficiencia cardíaca, colapso cardiovascular, síncope cardíaco, insuficiencia cardíaca no traumática, insuficiencia renal cardíaca. Otras causas remiten a enfermedades como neumonía/epilepsia, meningitis, insuficiencia renal aguda. Sin embargo, ninguna de ellas aparece como suficientemente vinculada a una patología psiquiátrica diagnosticada médicamente. Como señalamos para este periodo, la mortalidad era alta, el mayor número de defunciones ocurrieron por problemas que pudieron haber sido atendidos clínicamente.

Luego de este recorrido, cabe remitirnos a las políticas o formas de intervención del Estado sobre la infancia que encontramos para la época. Tomamos como referencia el siglo XX para contextualizar nuestro trabajo.

Las diferentes orientaciones y roles del Estado durante el siglo XX con sus procesos de conformación y desarrollo han impactado a las políticas sociales sobre la infancia. Intereses políticos, modos de organización socioeconómica, el desarrollo de políticas sociales y de teorías pedagógicas y médicas operan como determinantes de la constitución de la noción de infancia de una época. En el recorrido realizado, pudimos ver cómo las organizaciones filantrópicas que asumieron a principios del siglo XX la

responsabilidad sobre los niños y niñas huérfanos o abandonados fueron cediendo espacio al Estado, que asumió progresivamente la función tutelar. En uno y otro caso, la práctica social del encierro de niños/as fue la que prevaleció, lo que dio lugar a una política de institucionalización de la niñez.

En el periodo analizado, existían algunas instituciones destinadas al cuidado y atención de los niños/as en Buenos Aires. Una de ellas es la Casa Cuna dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública nacional. Esta institución fue creada en 1779 (época del virreinato) como Casa de Niños Expósitos con el objetivo de criar y contener a los niños/as abandonados/as. Actualmente es el Hospital de Niños Dr. Pedro Elizalde (Rossi e Ibarra, 2013). Por otro lado, funcionaba también el Hogar Santa Rosa, dependiente del Patronato Nacional de Menores, inaugurado en 1938 como instituto de recepción, observación y clasificación de niñas que llegaban a los tribunales de menores (Rossi e Ibarra, 2013). Cabe señalar que la población que se internaba en el hogar lo hacía de modo transitorio, y solo se demoraba su estadía por la carencia de institutos especiales donde derivarlos para su tratamiento (Castillo, 2010). Medica-mente, la atención recaía principalmente en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, que fue fundado en 1875.

La forma que adoptaron las instituciones en Argentina fue modificándose de acuerdo a la función social a la que respondían y los discursos que las legitimaban. Así, fueron desplazándose de una función de contención social de la infancia a una constitución médico-hospitalaria, al tiempo que la psiquiatría infantil se iba consolidando como palabra autorizada para intervenir sobre el comportamiento de los niños/as. Luego, la universalización de la observación y el tratamiento a través de la pretensión de la “protección integral” plasmó la preocupación por la adhesión de la niñez y juventud a nuevos paradigmas políticos y se convirtió así en el eje de las políticas del Estado, atravesado por dictaduras cívico-militares. Hacia fines del siglo XX, comenzó

a producirse un cambio fundamental en las políticas de abordaje de la niñez, cuando la Convención de los Derechos del Niño fue ratificada por la Argentina por medio de la sanción de la Ley 23.849 e incorporada a la Constitución Nacional en 1994. La Declaración de los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1959 instauró una nueva legalidad: el niño como sujeto de derecho, merecedor de respeto, dignidad y libertad, no ya como objeto pasivo de intervención de la familia, el Estado y la sociedad. Nuestro país adhirió así a un nuevo paradigma en el cual el niño comenzaba a ser considerado como sujeto de derecho. Este posicionamiento plantea un cambio cualitativo en el abordaje de la infancia que se relaciona directamente con las garantías que debe ofrecer el Estado en derechos sociales. Asimismo, debemos tener en cuenta que las transformaciones legislativas no se corresponden necesariamente con transformaciones socio-culturales inmediatas, puede llevar mucho tiempo modificar las prácticas en el abordaje de la infancia, por lo que se hace necesario una constante reflexión acerca de lo que las determina.

Al respecto, el recorrido realizado sobre la historia reciente habilita la necesaria reflexión y discusión sobre lo que ocurre en la actualidad en torno a la niñez: las políticas públicas implementadas en el campo de la infancia, la influencia de la lógica de institucionalización, el fenómeno de patologización del padecimiento de los niños/as, la invisibilización de las determinaciones sociales, entre otros aspectos, pueden ser disparadores de la reflexión. Dejamos abierta la pregunta: ¿qué tipo de políticas se definen, quiénes las definen, a qué niños/as van dirigidas?

## Referencias

- Castillo, C. (2010). “Fichas e historias clínicas en el campo de la infancia en Argentina”, *Revista de Historia de la Psicología en Argentina*, n.º 3, pp. 115-127.
- Rossi, G. (2009). “El clima de época en la anormalidad infantil: deficientes-abandonados-vagos-delincuentes, 1880-1930”, revista *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 28, pp. 17-26.
- Rossi, L. e Ibarra, M. F. (2013). “Infancia en Argentina: Historia de sus referencias discursivas e institucionalización”, *Anuario de investigaciones* [Internet], 20(2), pp. 233-238. Disponible en <https://bit.ly/2sTf6zF> [citado 16 de mar. de 2018].

## Fuentes documentales

- Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo Documental del Hospital Esteves, Serie Historias Clínicas.



# El futuro ya llegó

ANAHI SY

Estás llamando a un gato con silbidos.  
El futuro ya llegó.  
Llegó como vos no lo esperabas.  
Todo un palo, ya lo ves.  
(Los Redonditos de Ricota, “Todo un palo”)

## Para pensar y reflexionar sobre la atención a la salud mental hoy

La lectura y el análisis de las historias clínicas fue una vía para acceder a la trama que subyace al discurso psiquiátrico, que se expresa en la escritura de la historia clínica y se materializa en la trayectoria de las personas institucionalizadas. Si bien en ningún momento negamos el padecimiento mental, notamos que los discursos psiquiátricos y médicos funcionaron como normalizadores de las prácticas y comportamientos, en particular de las mujeres. A través de estos discursos, se construyen, sostienen y reproducen modelos de inclusión/exclusión, deseable/indeseable, bueno/malo, salud/enfermedad. En esencia, esto significa que hay aspectos del discurso y prácticas médico-psiquiátricas que se encuentran amparadas en ciertas moralidades y valoraciones sociales antes que en un conocimiento basado en evidencias científicas.

Los resultados presentados tienen ciertas implicancias para el presente. Por una parte, la reconstrucción de la historia reciente de la institución nos permitió identificar eventos desconocidos/olvidados para los propios/as trabajadores/as, desde la disponibilidad de las historias clínicas

del hospital en el archivo, hasta eventos como la internación de niños/as y varones en la institución y el establecimiento de un Centro Piloto de Comunidad Terapéutica hacia 1969.

Consideramos relevante la reconstrucción histórica, aunque sea fragmentaria e incompleta, para pensar los procesos de cambio y las continuidades que caracterizan, en este caso particular, a la atención de la salud mental. Al respecto, podemos enumerar algunos puntos sobre los cuales es necesario reflexionar:

- La naturalización de estereotipos de género como: mujer = madre = ama de casa = cuidadora = amorosa; el apartamiento de esta norma será interpretado como síntoma patológico.

Ciertas características de lo femenino: lo afectivo, lo débil, lo reproductivo, lo emocional, lo delicado, lo romántico, lo maternal-cuidador, lo doméstico son atribuidos a las mujeres como si fueran naturales o instintivas, de modo que producen procedimientos, acuerdos y diagnósticos que permean los modos de pensar médicos. Esto no implicaba que las personas pudieran estar sufriendo o requiriendo algún cuidado específico, sino que la psiquiatría venía a legitimar el encierro de todas aquellas que se apartaran de esa norma, de la razón, de lo productivo, de lo esperable para su género; el cuerpo se convierte en un cuerpo político al que hay que cuidar y mantener en orden.

El análisis realizado por otros/as autores/as sobre las biografías y obras de mujeres escritoras (las llamadas “locas ilustres”) dio lugar a una corriente que ha interpretado la locura como un refugio, un lugar donde protegerse de las estrategias opresoras del sistema patriarcal, una vía de escape de la domesticidad, un instrumento de resistencia, que permitiría actuar fuera de los estereotipos y roles establecidos. Ante estas interpretaciones, cabría señalar que las mujeres que rechazaron la domesticidad o el dominio económico y sexual de los varones, así como las activistas

políticas, optaron por transgredir los roles de género que se les habían asignado; no “optaron” por la locura. Es decir, debajo de la locura pueden encontrarse signos de resistencia y rebelión, no tanto con relación a que la locura en sí fuese un instrumento para ello, sino a que la locura se convirtiera en una “capa” que pretendía ocultar, bajo las etiquetas de las distintas patologías, conductas y pensamientos que transgredían el orden establecido, asociándose, no pocas veces, con la peligrosidad sexual. Por tanto, podría ser considerada una etiqueta impuesta por agentes profesionalizados de un sistema de dominación, los psiquiatras.<sup>1</sup> Hemos visto en los casos analizados cuando la enfermedad aparece como signo más evidente de subjetividad frustrada, como resistencia a la subordinación histórica patriarcal, con caracterizaciones sobre su conducta que la infantilizan o tornan peligrosa.

Si bien podemos señalar que, durante el periodo de tiempo analizado, los tratamientos administrados y, aún más, las teorías y corrientes de la psiquiatría se transformaron, en la práctica clínica –que se traduce en el registro de ciertos signos y síntomas– persistió la adjetivación de la conducta femenina reprobable para la época, como si se tratara de un hecho observable “científicamente”, antes que una apreciación construida socioculturalmente en un momento histórico particular.

Cabría preguntarse, a partir de este análisis, en qué medida estos estereotipos de género condicionan hoy en día los diagnósticos que realiza la psiquiatría como una “realidad” acrítica que habilita el diagnóstico y/o internación por “insania”, no solo de las mujeres, sino también de niñas, niños u otros géneros y grupos de edad.

---

<sup>1</sup> Al respecto ver Ruiz Somavilla, M. J. y Jiménez Lucena, I. (2003). “Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica”, *Frenia*, Vol. 3, (1), pp. 10.



- Lectura que psiquiatriza signos y síntomas de enfermedad, lo que se traduce en la desatención o escasos cuidados que se provee a problemas somáticos.

Las mujeres, niños/as y varones internados fallecían por problemas de salud física, aun cuando el foco se colocaba en la salud mental, cuestión que tendía a invisibilizar otras dimensiones del sujeto que padece, eliminando con el rótulo de “enfermo psiquiátrico” que este es poseedor de un cuerpo biológico que puede enfermar y requiere ser atendido.

- Superposición y coexistencia de diferentes modelos de atención a la salud mental.

Como fue desarrollado previamente, un modelo de atención alternativo, como lo es el de comunidades terapéuticas, pudo desarrollarse al interior de la misma institución hospitalaria, donde persistía una lógica que se traducía en prácticas manicomiales. En ese contexto, coexistían no solo dos lógicas institucionales, sino también diagnósticos y tratamientos que, si bien emergieron en diferentes momentos históricos y correspondían a diversas escuelas de pensamiento, se solapaban aun en el tratamiento de un mismo paciente al mismo tiempo. Al respecto, cabe preguntarse en qué medida dichos tratamientos curaban, castigaban o acallaban síntomas.

Los últimos dos puntos señalados conducen a la actual discusión sobre la pertinencia de mantener los hospitales monovalentes, o pensar las internaciones en hospitales generales con un área especializada en salud mental. El problema reside en el abordaje multidisciplinar que requiere la salud, en sentido amplio, pensando en las personas de manera integral, no solo como poseedoras de un cuerpo y una psiquis, sino también como resultado de una

trayectoria histórica, que forma parte de una trama social y cultural, inserta en una comunidad particular, que las trasciende al tiempo que las atraviesa.

Cada uno de los puntos considerados nos conduce a plantear la necesidad de desarrollar nuevas epistemologías, metodologías y categorías analíticas que contribuyan a una forma de conocimiento no determinista ni sesgado por el género, el lugar de origen o el sector o clase social, entre muchas otras variables posibles.

Las voces emancipadoras de diversas minorías y sexualidades disidentes, así como de las propias mujeres respecto de la dominación patriarcal, la autodeterminación y su actuación en el espacio público, conllevan a estar alertas frente a la reproducción y persistencia de estereotipos que asocian a las mujeres y a otros sectores sociales con la irracionalidad, la sinrazón, la incapacidad intelectual o para el ejercicio del poder, así como de la ocultación de logros mediante estereotipos que los ridiculizan (por ejemplo, la categoría de “feminazi”, que busca ridiculizar a las mujeres feministas de hoy, entre otras que persisten, como la de “histórica”, que actualmente también se extiende a los gays, entre muchas otras que preferimos no reproducir).

Consideramos que el hospital reflejará y reforzará procesos sociales y culturales dominantes de una sociedad dada, por lo cual, en consecuencia, estar atentos a manifestaciones y voces subalternas, minoritarias y/o disidentes resulta fundamental. En ese marco, no debemos soslayar que la economía política del país tendrá un impacto directo sobre las internaciones y muertes que ocurran en los espacios hospitalarios y extrahospitalarios.





