**Muerte y manicomio 1959.**

**El invierno de Alsogaray.[[1]](#footnote-1)**

Carla Pierri

En 2012 me incorporo a un equipo de investigación [[2]](#footnote-2)dirigido por la Dra. Anahí Sy para estudiar, a través de historias clínicas y desde el enfoque de la medicina social latinoamericana-salud colectiva, el perfil epidemiológico de personas internadas y fallecidas en el Hospital Esteves en Lomas de Zamora durante el siglo XX. Inicio así un recorrido por archivos (en especial el Archivo General de la Nación AGN), bibliotecas, bares, consultorios, archivos de revistas, hospitales. El andar me va llevando a entrevistarme con trabajadores de la salud mental de distintas edades, profesiones, funciones, distintas perspectivas pero con iguales preocupaciones por las personas internadas en manicomios. Curiosamente lo que más me cautiva es cuando me hablan de un clima de época de lucha, creación, de apuesta, de música y ruptura.

**Historias clínicas, admisión.**

Dos años de este recorrido los paso casi todo el tiempo en Paseo Colon y Humberto 1º. Allí está el archivo intermedio de AGN donde leo historias clínicas (HC) de mujeres que han fallecido durante su internación en el Esteves. La rutina del Archivo General de la Nación con sus guantes, estrictos silencios y modos de trabajar con “documentos contaminados” crea un clima de ritual que me convoca.

Al abrir cada carpeta lo primero que encuentro es un certificado de defunción. Inmediatamente después una copia de un telegrama para los allegados: **“Falleció xxxx xxxxx. Responda si se hace cargo”.** Si la familia no responde, aparece un pequeño papelito que certifica que la Facultad de Medicina retira “el cadáver”. Peculiar modo de comunicar una muerte, de hacer con un cuerpo, con una vida. ¿Condensa ese proceder el valor social atribuido a una “loca”?

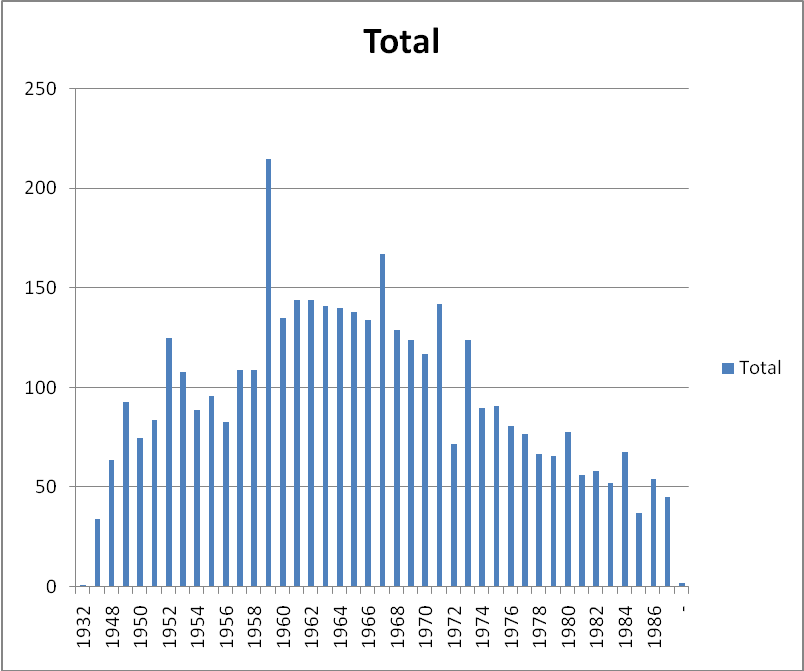
Las HCs suelen estar escritas con letra ilegible y se reducen a una escueta y repetida descripción de estado. Por ejemplo: “levantada, tranquila, sucia, igual estado mental, físico bien, come y duerme bien”. ¿Sucia? ¿Levantada? La frecuencia de registros es baja y se va espaciando cada vez más con los años de internación. Los registros de tratamiento no abundan excepto que la “enferma” se encuentre “agresiva”. Ese registro se asocia a distintos “tratamientos” que muchas veces me hacen levantar de la silla, dejar mis cosas, bajar los 4 pisos por escalera y buscar café, un pucho, aire. Necesidad física de alejarme del manicomio.

El momento de mayor profundidad –quizás el único- en los registros es el ingreso. Durante las internaciones y en los reingresos no suele haber evaluaciones, sino que se continúa la historia consignando a lo sumo la palabra “reingreso”. ¿Será que lo que se dice en el primer ingreso a un manicomio y la paciente están unidos hasta que la muerte los separe?

Allí se completa un cuestionario impreso donde se mezclan las voces de las mujeres, los médicos y los familiares. Muchas veces el relato de síntomas lo hace un familiar o un informe policial. Incluso durante años en la historia de una mujer se registra que es “reticente a exteriorizar el delirio”. También encuentro registros de acusaciones hacia familiares de parte de las mujeres internadas refiriendo “me interna porque quiere vivir con la vecina y me quiere sacar del medio” o “mi hermano me quiere sacar mi casa, no entiendo cómo me hace esto”. A posteriori se registra el nombre técnico: “delirios objetivados en familiares/vecinos”. Curioso que estos síntomas no entran en conflicto con los registros de las visitadoras sociales cuando al asistir a casa de familiares refieren situaciones que concuerdan con las acusaciones de las mujeres. Peculiar modo de valorar las palabras. ¿Cómo es el valor de la palabra de una “insana”?

**Las historias suelen tener una carga de muerte y hay días en que no puedo/no quiero leerlas. Entonces la búsqueda sigue otros caminos: trabajo con datos estadísticos generales armando gráficos y tablas que me sugieren nuevas preguntas.** Así es que un día veo **desde que fines de los ´50 y en los ´60 crece la cantidad de muertes por año y que en 1959 se produce el mayor pico de fallecimientos de mujeres internadas en el Hospital Esteves de todo el siglo**. **En 1959 la cantidad de fallecimientos llegó a duplicar a la de años anteriores** y superó notablemente a las de años posteriores.

Figura 1. Gráfico de cantidad de fallecimientos por año en el Hospital Esteves de la Provincia de Buenos Aires, Argentina



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

Ahora bien ¿qué pasó? ¿hubo cambios significativos en algún aspecto en 1959? ¿quiénes eran esas personas fallecidas? ¿hubo mayor rotación de personas? ¿creció la cantidad de camas? ¿empeoraron las condiciones de vida en el hospital? ¿cambiaron las condiciones laborales de sus trabajadores? ¿qué presupuesto había en salud mental en aquellos años? ¿qué pasaba en la Argentina en aquellos años? Este texto intenta documentar lo transitado hasta el momento.

**QD, inmigrantes, cronificadas. ¿Quiénes son? ¿Cuál tratamiento?**

Las mujeres que fallecieron en 1959 en el Esteves llevaban hasta 62 años de internación al momento de morir. De las 215 fallecidas en 1959, más de la mitad (117) llevaban más de 20 años de internación al morir[[3]](#footnote-3), 170 llevaban más de 10 años internadas y casi la totalidad (200) tenían más de dos años de internación. La gran mayoría había ingresado en las décadas del ´30 y ´40. Entonces, el pico de muertes de 1959 es eminentemente de personas cronificadas. Al mirar sus historias clínicas noto que la mayoría venían trasladadas del Hospital Nacional de Alienadas (actual Moyano) después de varios años de internación[[4]](#footnote-4).

Más de la mitad eran “inmigrantes de ultramar” (110/215). En su mayoría españolas e italianas pero también rusas, lituanas, griegas, alemanas, austríacas, polacas, rumanas, yugoeslavas, húngaras, armenias, belgas, suizas, checoslovacas. [[5]](#footnote-5)

Las historias clínicas casi en su totalidad registran que estas mujeres tenían como ocupación los “quehaceres domésticos” (QD). De hecho no es extraño encontrar que uno de los síntomas registrados en el ingreso era que la mujer en cuestión “no se ocupa de los quehaceres domésticos”. También hay registros de algunas pocas “sirvientas”, modistas, cocineras, lavanderas, religiosas, entre otras[[6]](#footnote-6). Estas mujeres en su gran mayoría[[7]](#footnote-7) provienen de familias trabajadoras.

En cuanto a los tratamientos, hasta fines de los ´50 hay muy poco registro. En muy pocos casos registran alguna intervención por ejemplo: shock de cardiazol, coma insulínico, aislamiento, restraint (chaleco de fuerza), “poner en cama”, baños. Corresponde preguntarme ¿se registraban poco las intervenciones? ¿se hacían pocas intervenciones? Si así era ¿con qué sentido estaban internadas?

Carpintero y Vainer desde las *Huellas de la memoria* de alguna manera me responden que “(…)Para la impotencia terapéutica estaba la internación de por vida” (p 265). Si bien durante los ´50 se dio la llamada “revolución psicofarmacológica” que posibilitó pensar nuevos tratamientos quizás hayan pasado algunos años para que estos fármacos llegaran al Esteves porque no son usualmente registrados hasta años posteriores.

**Condiciones de vida. El Esteves a fines de los ´50. La escena**

No he encontrado registros de la vida cotidiana en el Esteves para 1959, pero los registros del Centro Piloto de comunidad terapéutica que funcionó allí entre 1968 y 1971 dan algunas pinceladas que permiten imaginar las condiciones de vida 10 años antes. La edad promedio es de 55 años, con 10 de internación, las pacientes provienen de distintos lugares del país pero especialmente de otros manicomios que lo consideran un depósito final. Los almuerzos son a las 10:30 de la mañana, las cenas a las 15:30 por conveniencia del personal y se utilizan prácticas como electroshock, shock insulínico, chalecos de fuerza y abscesos de fijación como castigos. Los pacientes que no son del centro piloto tienen un baño semanal casi siempre con agua fría, el estado de higiene de los baños no es bueno, la mayoría del personal realiza un trabajo mal pago y duro y hay baja proporción de personal por número de personas internadas (0,18 personal por paciente y 10 médicos para 2500 personas internadas en 1968). El rito de ingreso implica sacarle toda pertenencia a la persona, desvestirla y ante su resistencia comprobar que “necesitaba contención”[[8]](#footnote-8). En dichos registros también es posible encontrarse con las monjas preocupadas por combatir el sexo y las moscas, así como a la cooperadora de la que plantean que tiene más injerencia en las decisiones que la propia dirección. También se consignan relatos de violencia física (golpes con un palo por parte de la caba del pabellón a una mujer). Miguel Vayo, a cargo del equipo que trabajaba con personas cronificadas en dicha experiencia, en una entrevista que realicé en 2013 relata los castigos a pacientes con inyecciones de leche, escenas de violencia de algunos jefes de pabellón para con otros trabajadores del centro de salud entre otras escenas de violencia institucional.

También en una entrevista (en Octubre de 2015) Jorge Zrycki (miembro del mismo equipo que M. Vayo), menciona un recuerdo sobre la alimentación en otros pabellones “hay una imagen que nunca me voy a olvidar… ponían montones de comida en una mesada de mármol y las pacientes comían de ahí con las manos”.

**“Monstruosos depósitos de locos”**

En la segunda posguerra nacen en nuestro país y en el mundo las políticas de salud mental. En la Argentina se crea en 1957 el Instituto Nacional de Salud Mental 4 años después de que la OMS en un contexto de horror al nazismo, sus campos de concentración y cierto parecido con los manicomios llamara a transformarlos en comunidades terapéuticas.

Hacia fines de los ´50 en el Esteves se creó la escuela de enfermería (funcionó hasta 1962) y para 1958 el Esteves pasó a depender del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM).

Sylvia Bermann (1959) y Gregorio Bermann (1965) presentan datos para fines de los ´50 del Esteves: de cada 100 personas que “salieron” del Esteves en 1957, 37 eran defunciones y 63 eran “altas”. Ese mismo año el hospital tenía alrededor de 3240 camas en tanto que según datos disponibles, para 1961 había 2500. 740 camas menos. Entre 1957 y fines de 1961 murieron 712 personas.

En una editorial de Acta de 1959 encuentro un cuestionamiento al estado de los hospitales neuropsiquiátricos que había caído “en el más lamentable abandono” y que parecían “monstruosos depósitos de locos”. Según la misma editorial ello se debía a varias cuestiones. Una sería de costos pero la principal sería una razón psicosocial: “no es por azar que, en todo el mundo, son los hospitales destinados a los enfermos mentales los que funcionan en peores condiciones”.

Recapitulando, los elementos que tenemos para 1959 en el Esteves: el porcentaje de fallecimientos por egreso crece, disminuye la cantidad de camas, hay abundantes pacientes cronificadas, hay condiciones de higiene y alimentación deficientes, escasez de personal con tareas duras y mal pagas, ha habido un cambio de dependencia reciente, hay situaciones de violencia hacia y entre pacientes. … ahora bien en un contexto donde las condiciones de vida según los relatos son estas ¿qué cuestiones serían novedosas como comprender el crecimiento en la cantidad de muertes de crónicas?

**Sospechas. El invierno de 1959.**

Mario Rapoport (2000) llama al período 1955-1966 como la “década de inestabilidad”. Es un contexto de repetidos golpes de estado y de proscripción del peronismo.

Frondizi hace un “pacto” con el peronismo que incluye amnistiar a dirigentes peronistas, restablecer el orden sindical previo al gobierno militar y permitir que los peronistas puedan participar de las siguientes elecciones. Ello lo lleva a la presidencia. Sin embargo, en esos años se aprueba la ley de enseñanza libre -por sobre la laica - se promulga la ley de promoción de las inversiones extranjeras, se impone el estado de sitio por el que fueron detenidos cientos de líderes gremiales y se ejecuta el plan CONINTES. La política de austeridad implementada en acuerdo con el FMI provoca una depresión económica hacia 1959 con una erosión del salario real. Las huelgas en el sector petrolero, bancario y otros, no se hicieron esperar, la represión tampoco (Rapoport; 2000).

**¿Será que las deplorables condiciones de vida en un manicomio hace que las personas cronificadas cuya salud puede verse desgastada sean de los grupos sociales más sensibles a las políticas de ajuste? ¿en climas de estado de excepción pueden verse empeoradas las condiciones de los lugares de encierro? ¿Será su delicada subsistencia más rápidamente sensible al ajuste? ¿hubo problemas de financiamiento en el hospital?**

La asociación cooperadora del Esteves se fundó en 1959. ¿Por qué la habrán fundado en ese momento? ¿Tendrá relación la creación de la cooperadora con un posible desfinanciamiento? Ese año Alsogaray, ministro de economía de Frondizi en su famoso discurso de fines de Junio de 1959 planteaba que sería muy difícil poder pagar los sueldos de la administración pública a tiempo y grababa en la memoria colectiva su famosa fórmula: “hay que pasar el invierno”. Sus medidas implicaron la caída en un 24% del salario real, la inflación era galopante y en estos años se incluyeron en los convenios colectivos de trabajo las cláusulas de productividad. Todas medidas feroces para los trabajadores con el fin de aumentar la productividad y las ganancias de distintos sectores de la burguesía. Estoy en proceso de búsqueda de los presupuestos para salud mental en esos años pero descuento que por el contexto económico-político tiene que haberse visto afectados.

Me quedo pensando. El ajuste enferma, mata, daña y lo hace en forma diferencial a los distintos grupos sociales. ¿Serán los hospitales psiquiátricos y en especial las personas cronificadas de los primeros grupos sociales que “pagan” el ajuste? De ninguna manera es posible pensar en causas únicas pero quizás sume a este ejercicio de pensamiento a E. Carpintero (2010) quien cita a Slavov Zizek (2010) acerca de una investigación de Cambridge y Yale en 2008 donde se estableció una correlación entre los préstamos del FMI y la incidencia de tuberculosis en países de Europa del Este. Dicha correlación se explicaba planteando que las exigencias de este organismo internacional implicaban reducir el gasto público que incluye el gasto en salud pública.

Creo que la salud desgastada por años de manicomio ubica a las mujeres cronificadas en lugares de mayor vulnerabilidad ante el ajuste. Por supuesto esta preocupación sigue vigente en 2016.

**Bibliografía**

Carpintero E, Vainer A. Las huellas de la memoria I. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los ´60 y ´70 Tomo 1: 1957- 1969 Buenos Aires: Topía; 2004.

Carpintero E, Editorial: Argentina del Bicentenario. El poder en el campo de la Salud Mental, Revista Topía. Abril 2010. Disponible en https://www.topia.com.ar/articulos/argentina-del-bicentenario-poder-campo-salud-mental

Archivo General de la Nación. Base de Historias Clínicas del Hospital Esteves. s/f. disponible en AGN.

Bermann G. La salud mental y la asistencia psiquiátrica en la Argentina. 1st ed. Buenos Aires: Paidós; 1965.

Bermann S. Análisis de algunos datos de estadística psiquiátrica. Acta Neuropsiquiátrica. 1959; 5: 150-160.

Galende E. Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica Argentina: Paidós; 1990.

Grimson WR. Sociedad de Locos. Experiencia y Violencia en un hospital psiquiátrico Buenos Aires: Nueva Visión; 1972.

Falcone R. Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto. [Online]. Disponible en: <http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf>

Pak Linares A. Fondo Hospital Neurosiquiátrico “José A Estéves”. Bs As: AGN Depto. Archivo Intermedio; s/f.

Sy A et al. 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). 2014. Ponencia en XI CAAS Rosario 2014.

Stokiner A. Nuevos Enfoques en Salud Mental. Ponencia en 14 Congreso Latinoamericano de arquitectura e ingeniería hospitalaria. Bs As:; 2003 Septiembre

Departamento de enfermería del Htal. Esteves. Reseña Histórica del Hospital Interzonal “José A Estéves”; 1998

Rapoport M. Historia económica, política y social de la Argentina (1880-2000. Buenos Aires: Ediciones Macchi, 2000.

Revista Acta Neuropsiquiátrica. Editorial. En torno al problema de la asistencia psiquiátrica nacional. Vol. V; 1959.

Slavov Zizek, La vida vivida como electroshock, 2010. Disponible en <http://edant.revistaenie.clarin.com/notas/2010/01/24/_-02123859.htm>

1. Agradezco al personal del Archivo General de la Nación, al equipo de la UNLa que conformo y a los muchos compañeras/os colegas y no colegas con los que pienso cotidianamente y se ofrecen generosamente como interlocutores y estimuladores del pensamiento. Son autores también. Los errores todos míos. A los trabajadores del centro piloto que me prestaron sus recuerdos y sus ojos. [↑](#footnote-ref-1)
2. Universidad Nacional de Lanús (Instituto de Salud Colectiva) [↑](#footnote-ref-2)
3. Algunas, las menos, con algún breve período de meses de externación o fuga. [↑](#footnote-ref-3)
4. En las historias clínicas suelen aparecer frases como “dada su cronicidad puede pasar a Lomas” (Lomas es el asilo de Lomas, actual Htal. Esteves) [↑](#footnote-ref-4)
5. Excede este trabajo la pregunta por la traducción de las que no hablaban español y estuvieron varias décadas internadas. [↑](#footnote-ref-5)
6. 1 planchadora, 1 telefonista, 1 artista, 1 profesora de piano, 1 profesora de corte y confección y 1 enfermera. [↑](#footnote-ref-6)
7. He visto la HC de una “pensionada”, una joven de familia acomodada, es interesante por la diferencial relación que tenía con el personal del hospital [↑](#footnote-ref-7)
8. Grimson WR. Sociedad de Locos. Experiencia y Violencia en un hospital psiquiátrico Buenos Aires: Nueva Visión; 1972. [↑](#footnote-ref-8)