

informe conjunto

La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero"

25 NOVIEMBRE 2017

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

Comisión por la Memoria (CPM)

Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR)

La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero"

En el marco del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer queremos detenernos en lo que sucede con las mujeres encerradas en el Hospital Neuropsiquiátrico "Alejandro Korn" de la localidad de Melchor Romero, en la ciudad de La Plata. Hacia fines de 2014, iniciamos acciones judiciales¹ contra el Hospital Interzonal Dr. Alejandro Korn, del partido de La Plata, como consecuencia de la vulneración sistemática de los derechos humanos de las personas del servicio de salud mental allí encerradas con el objetivo de asegurar la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657. En mayo de 2016, junto con las autoridades del Hospital y del Ministerio de Salud Provincial, decidimos conformar una Mesa de Trabajo Permanente² para avanzar hacia los cambios estructurales que la situación requiere.

De las 526 personas internadas en Romero, 217 son mujeres de entre 20 y 87 años, con un promedio de 25 años de encierro. Muchas de ellas ingresaron a los 20 años y desde entonces permanecen allí.

Con este informe nuestra intención es comenzar a recuperar sus voces y visibilizar las violencias cotidianas que atraviesan dentro del Hospital, por razones vinculadas al género. Permitirles atravesar las rejas, los controles y los psicofármacos para que se conozca la situación específica de vulnerabilidad³ en un contexto de graves violaciones a los derechos humanos de toda la población del hospital.

María tiene registrado su último ingreso en 1997, luego de un intento de regreso a su ciudad natal, en la Provincia de Buenos Aires. "Estudiaba derecho, muy inteligente", nos relató una de las enfermeras de la sala con quien compartió juventud. Hoy, con 47 años de edad y 20 de encierro, casi ya no puede leer. Libertad ingresó en 1960, cumplirá 77 años el próximo abril. Lleva 57 años en Romero. Jessica tiene 24 años, 3 en Romero y otros tantos en un instituto de menores, donde fue abusada. Logró escapar. Tiene a Martín, un hijo de 2 años, con quien no mantiene contacto desde hace un año. Quiere cuidarlo y desea tener una hija, pero durante la cesárea de Martín, el médico le ligó las trompas sin consentimiento. El juez, la Asesora de

1 CAUSA N° 27653 "CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES Y OTROS C/ PROVINCIA DE BUENOS AIRES S/AMPARO". Juzgado en lo Contencioso Administrativo N.º 3 del Departamento Judicial de La Plata.

2 La mesa de trabajo permanente se reúne en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn ("Melchor Romero") desde junio de 2016. Con una frecuencia semanal, MDR, CELS y CPM, como la parte actora junto con la Dirección Asociada de Salud Mental y la Dirección Asociada de Enfermería del Hospital y el Órgano de revisión de salud mental provincial. Quincenalmente, la mesa judicial se encuentra integrada, a su vez, por el Director Ejecutivo del Hospital y las autoridades provinciales del Ministerio de Salud (Dirección Provincial de Hospitales, Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud, Dirección Provincial de Salud Mental y Adicciones, Coordinadores de las Regiones Sanitarias VI y XI), de la Secretaría de Derechos Humanos y de la Curaduría General de la Provincia y Curaduría La Plata, con la presencia de Fiscalía de Estado.

3 Debemos mencionar que en razón de su especial vulnerabilidad es amplio el abanico normativo protectorio destinado a este colectivo tanto en función de leyes locales como de instrumentos internacionales protectorios.

Incapaces y el equipo de salud lo decidieron por ella en función de “su derecho a la salud”. Juana tiene 73 años, hace 8 la llevaron sus hijos a Romero porque no podían cuidarla más. Franca tiene 53 años, hace 33 que está encerrada, Ester tiene 61 años, 41 viviendo dentro de una sala en Romero, Marta cumplirá 42 años de los transcurrió 21 viviendo en Romero. Celina ingresó a los 22 años, murió hace unos meses luego de 70 años de encierro. De igual modo, cada una de las 217 historias de las mujeres que se encuentran hoy en el Hospital Melchor Romero describen cómo el manicomio arrasó con sus vidas.

En la mayoría de los casos las historias están atravesadas por una serie de abandonos, violencias y opresiones, aceptados con el temor de no poder luchar contra ellos⁴. Durante 2016, de los casi 300 ingresos que hubo al Hospital, 100 fueron mujeres, de las cuales solo 26 ingresaron de forma voluntaria. La mayoría de ellas proviene de lugares cercanos al hospital o del conurbano bonaerense. Pero también se registran otras provincias como Córdoba, Misiones, Chaco y Corrientes y otros países excepcionalmente. Sus diagnósticos varían entre esquizofrenias, psicosis y retraso mental leve, moderado o grave. En la mayoría de los casos el tratamiento recibido es exclusivamente medicamentoso.

¿Qué pasa con su sexualidad?, ¿con su cuerpo?, ¿con sus vínculos?, ¿dónde quedó el deseo entre los psicofármacos y la violencia?, ¿qué posibilidades de ser externadas tienen?, ¿el manicomio y las violaciones a los derechos humanos que se suceden producen un trauma específico en ellas? Estos son sólo algunos de los interrogantes que encuadran este informe.

Entendemos fundamental recuperar sus voces, aquellas que han intentado acallar desde las lógicas imperantes en las instituciones manicomiales. Luego, nos vamos a detener en analizar cómo opera el género y la pobreza en ellas, las violencias sufridas, la afectación a los derechos sexuales y reproductivos, la posibilidad de maternaje, sus vínculos y el efecto de los psicofármacos empleados. Con este informe pretendemos visualizar la situación de las mujeres bajo encierro psiquiátrico en pos de promover la creación de espacios de empoderamiento e incorporar la perspectiva de género por parte de los equipos de salud, a la hora de abordar un tratamiento y una externación sustentable.

Entre tres rejas: Locura, género y pobreza

A la hora de analizar el impacto diferenciado del manicomio, entran en relación tres categorías que operan para colocar a este colectivo de mujeres en una situación de especial vulnerabilidad: género, pobreza y locura. Sobre ellas existe una yuxtaposición de opresiones por ser mujeres, por ser pobres y por ser “locas”. Observamos que la

4 Marcela Lagarde refiere a la categoría de la “impotencia aprendida” como una cualidad generalizada en las mujeres. “... La actitud de las mujeres en su casa y en los manicomios, es de aceptación del encierro, de la locura, y de la desvalorización a la que son sometidas. Pero su impotencia tiene contenidos reales y simbólicos muy importantes (...) pero incluso aquellas que han interiorizado la impotencia de manera más severa, que se conducen por el mundo a partir de ella, son poderosas y en su locura, algunas despliegan fuerza y poder”. (Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas, Marcela Lagarde y de los Ríos - México DF: Siglo XXI Editores, UNAM, 2014).

mujer loca al alejarse de los estereotipos patriarcales que la sociedad exige a las mujeres, el castigo social es mucho mayor. Recuerdan trabajadoras del hospital el caso de Marina de 40 años, que fue llevada a la guardia psiquiátrica por su pareja argumentando que “primero dejó de trabajar y ahora no hace nada de la casa, ni cuida a los chicos”.

“Lo personal es político” es y ha sido uno de los bastiones del movimiento de mujeres para evidenciar que la opresión de la mujer por el hombre es central en la lucha por la conquista de derechos. El encierro y el arrasamiento en cada una de las vidas como consecuencia del encierro manicomial es, del mismo modo, político.

Partiendo de que la salud mental es un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”⁵, el género y en particular las violencias sufridas por las mujeres, resultan factores estructurantes en el género. Esa violencia no merma durante el encierro, sino, por el contrario, se intensifica. Según Lagarde, “el momento político de dar el nombre de loca a la mujer ocurre en el ritual del encierro que simboliza la institucionalización de la locura. El manicomio se convierte en un mecanismo social más en la construcción de las identidades de género”. A las violencias ya sufridas, se añade la violencia institucional que sucede en la propia institución que debería tender a su tratamiento y externación.

Ahora bien, más allá de que se utilicen consideraciones del campo de la salud mental en pos de justificar una internación, los factores de deterioro social son esenciales a la hora de decidirla y al momento de resolver procesos de externación⁶, pues la mayoría de las mujeres continúan encerradas por ser pobres.

Carolina, de 35 años, comenta “me quiero ir de acá ¿me entendés?, me estaba por salir una casita a compartir con una compañera, pero se atrasó la pensión y perdimos la posibilidad de irnos. Ya no aguanto más, quiero irme”.

A nivel global las mujeres son más pobres que los hombres⁷, esta constante se repite dentro de la población del hospital: la mayoría de las mujeres no cuentan con propiedades, ni garantías propietarias para poder alquilar una vivienda, no existen posibilidades laborales sustentables y las pensiones mensuales o subsidios SUPEBA

5 Artículo 2, LNSM.

6 De la población de usuarios/as internados en Romero, la mayoría son pacientes sociales, es decir, el criterio de internación se debe a motivos socioeconómicos. No contar con una vivienda, una pensión, un trabajo obstaculizan la posibilidad de ser externado/as.

7 En el marco del Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad, publicado el 30 de marzo de 2012, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos refirió que “En su Recomendación general N° 18, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer hizo hincapié en que las mujeres con discapacidad podían ser objeto de una doble discriminación debido a su género y a su discapacidad, y que eran consideradas un grupo vulnerable. La doble discriminación marca todos los aspectos de sus vidas. En comparación con los hombres con discapacidad, las mujeres con discapacidad son más propensas a vivir en la pobreza y en el aislamiento, y tienden a percibir salarios inferiores y a estar menos representadas en la fuerza de trabajo. En consecuencia, también son más propensas a ser víctimas de la violencia y/o a tener mayores dificultades para salir del ciclo de violencia. Incluso en países con un nivel de vida relativamente alto, las mujeres con discapacidad son más propensas a vivir en la pobreza o a tener un nivel de vida inferior al de los hombres con discapacidad”. (Serie AVHRC/20/5 Párr. 15).

que algunas de ellas perciben no son suficientes para afrontar una externación, en un contexto de políticas sociales ausentes para este grupo.

Por otro lado, algunas de ellas cuentan con dinero y bienes propios, pero no conocen los recursos que tienen a su disposición para poder ser externadas. En octubre de este año, en el marco de la Mesa de Trabajo Permanente, la Curaduría General de la Provincia aportó los bienes disponibles de las usuarias y usuarios del Hospital bajo su intervención con el objetivo de que los equipos tratantes, con tal información, puedan planificar los procesos de externación.

No obstante, la ausencia de política pública tendiente a lograr una externación sustentable con la debida erogación presupuestaria contemplada por ley⁸, coloca a este colectivo de mujeres en un encierro de tres rejas: la opresión en razón del género, de la discapacidad mental y de la pobreza. Tratándose de un grupo especialmente vulnerable, deben orientarse medidas, conforme ha sido reconocido por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas cuando instó a los Estados a que “adopten todas las medidas oportunas para eliminar la discriminación contra las mujeres y las niñas con discapacidad y promover la igualdad entre los géneros, a fin de asegurar la igualdad en el goce de sus derechos, en particular del derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas y participar plenamente en la comunidad en igualdad de condiciones con las demás”.

El manicomio en un continuo vital de violencias

“El manicomio se caracteriza por el copamiento de todos los aspectos del sujeto por el mecanismo institucional”⁹. La existencia de manicomios acarrea vulneraciones a los derechos de las personas encerradas, en nombre de la necesidad de internación por motivo de su discapacidad mental. Las lógicas manicomiales de control y castigo conforman mecanismos tendientes a adaptar los cuerpos a un medio privativo de la libertad a través de esquemas psicofarmacológicos, normas homogeneizantes y tratos denigrantes, con el objetivo de modificar su personalidad y lograr que adquieran la docilidad necesaria que los vuelva adaptables al ámbito manicomial.

A las violencias existentes dentro del manicomio se adicionan las violencias en razón del género que han sufrido en su historia vital previo al ingreso al Hospital y luego en él. En tal sentido, el Alto Comisionado de la Naciones Unidas¹⁰ ha referido “...El internamiento de una persona con discapacidad en una institución privándola de su familia, sus amigos, la educación y el empleo da lugar a la exclusión social, crea barreras para su inclusión en la comunidad y reduce o niega la capacidad de las

8 A pesar de que el artículo 32 de la LNSM establece que debe ir aumentando las partidas presupuestarias destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10 % del presupuesto total de salud, aún falta avanzar en tal sentido.

9 CELS, [Cruzar el Muro](#), pág. 121.

10 ONU. Consejo de Derechos Humanos. 28° Período de Sesiones. Resolución N° 28/4 “El derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad en igualdad de condiciones con las demás. 26 de Marzo de 2015.A/HRC/RES/28/4. Punto 6.

personas con discapacidad para elegir y planificar su vida (...) Además, se ha documentado ampliamente que **el internamiento en una institución puede hacer que las personas sean vulnerables a la violencia y los abusos, estando las mujeres con discapacidad particularmente expuestas a ese peligro**. Ese riesgo de abusos se ve exacerbado por la ausencia de control público, la falta de acceso a vías de recurso, el miedo de denunciar los abusos y las barreras de comunicación relacionadas con la discapacidad. **Los casos de abuso están en contradicción directa con la obligación del Estado de proteger a las personas con discapacidad contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género** (art. 16, resaltado nuestro)".

Los múltiples tipos de violencia que han sufrido muchas de las mujeres en su vida previamente al ingreso al hospital deben ser abordadas y problematizadas por los equipos de salud. Pero, además, una vez ingresadas en la institución, las violencias sobre el cuerpo que sufren las mujeres son múltiples. Algunas explícitas y otras más sutiles. Desde esterilizaciones, abortos y anticoncepción forzadas; hasta ejercicios de poder que detentan quienes son responsables del cuidado de las mismas, y que en el ámbito de las interacciones cotidianas instituyen juicios moralizantes y estigmatizantes. Hemos tomado conocimiento de situaciones de maltrato físico explícito o bien la medicación utilizada como castigo, la sobremedicación, así como también, hemos observado el uso de expresiones hacia ellas de forma cotidiana que violentan y estigmatizan.

El impacto que provocan estas prácticas y lógicas manicomiales sobre el cuerpo y la mente de las mujeres, no sólo interfiere en su capacidad para ejercer el derecho a determinar sus propias vidas, sino que, además, refleja las formas específicas mediante las cuales se controla, vigila y castiga al cuerpo femenino, teniendo en cuenta la dimensión sexo-genérica de las identidades. Siguiendo a Lagarde, podemos decir que "Tras la expropiación patriarcal colectiva a todas las mujeres, sigue, para la loca, la intervención total en su vida por parte de las instituciones. Al perder su vida privada, su intimidad y signos importantes de su personalidad social, la loca deja de ser persona, pierde todos los derechos, incluso el del protesta, el cual en estas condiciones es un síntoma de locura".

Juana, de 60 años, al lograr poner en palabras la violencia sufrida en el ámbito doméstico, dice "me saco todo, hasta los dientes". María, de 25 años, en su historia clínica como diagnóstico consta retraso mental moderado, pero al detenernos a consultarle sobre su vida, nos cuenta que sufrió abuso y violencia de niña; luego fue internada en un instituto de menores, donde quedó embarazada. Como consecuencia de ser fuertemente violentada en el lugar, se escapó y transcurrió su embarazo en situación de calle. Fue el director del Instituto de Menores quien bregó porque a María se le ligaran las trompas cuando se le practicó la cesárea de su hijo. Nunca se la consultó; frente a sus opiniones lo único que recibió fue violencia. Cuidó del niño durante 7 meses y con posterioridad, fue llevada a Melchor Romero y separada de su hijo, a quien quiere ver, pero, a pesar de haberlo solicitado en reiteradas

oportunidades, aún no pudo tener contacto con él. Nos relata sobre su hijo "(...) estuvo en casa cuna, ahora lo tiene una familia que lo adoptaron (...). Me volví a la calle con mi bebé y la policía vino y me lo sacó, me lo llevaron a él a casa cuna y a mi acá. Yo le dije que no era suyo, la policía me dijo que yo era una pendeja para estar con un chiquito. Lo llevaron a Casa Cuna, lo quiero ver". Hoy María está en condiciones de ser externada, pero no puede hacerlo por no contar con medios económicos. Su historia da cuenta de una sucesión de violencias.

Se dice de mí

Queremos detenernos en las violencias más sutiles de detectar, pero con fuertes consecuencias en la subjetividad de las mujeres.

En el cotidiano del hospital, hemos escuchado expresiones tendientes a la infantilización de las mujeres, dirigiéndose a ellas como niñas. En particular, hemos escuchado al jefe de un servicio referirse a las usuarias como "mis pacientitas".

Luego, expresiones del tipo "ésta que se piensa", "esta es loca pero no boluda...bastante viva", "¿Usted es sorda o qué le pasa?", "¡Que no la vea por ahí con todos los hombres! Es que esta es terrible se va con cualquiera, se va a la sala de hombres...", "¡Ya la enganche por ahí en el alambrado con un tipo ¡No! ¡Usted no sale!", "¡ja, ¿no me digas que la gordita cogió? No te la creo al final es loca pero ninguna boluda... ¿Y quién pudo cogérsela...?", "¡Naaa me muero! ¡Te la imaginas! ¡Qué asco!", "Tienen que saber respetar... acá mando yo...por algo están acá...".

Estas expresiones naturalizadas forman parte del trato diario por parte de algunos integrantes de los equipos de salud y aunque a veces resulte imperceptible, configuran violencia. Entendemos que visualizarlas y darles el alcance que realmente tienen es una etapa inicial para poder problematizar y eliminar su uso extendido por parte de los equipos de salud.

Derechos sexuales y reproductivos

En el marco de la Mesa Permanente de Trabajo, durante el año pasado por iniciativa del Ministerio de Salud se resolvió la conformación de una "Comisión sobre Sexualidad Libre de Violencia"¹¹ que se encuentra funcionando periódicamente dentro del Hospital. La comisión se fijó varias líneas de acción, entre ellas la elaboración de un protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual, la promoción de los derechos en capacitaciones destinadas al equipo de salud y la constitución de una Consejería en Derechos Sexuales y Reproductivos dentro del hospital. Si bien la agenda de trabajo es muy amplia, se viene avanzando en los puntos señalados.

¹¹ Esa comisión está integrada por la Dirección Provincial de Hospitales, la Dirección de Violencia de Género, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, la Dirección Asociada de Salud Mental y el CAPER del Hospital Melchor Romero, el MDR y el CELS.

En el marco de la comisión, así como también de entrevistas con las mujeres encerradas y trabajadores/as del Hospital, hemos visualizado algunas situaciones que esbozaremos en este acápite en el entendimiento de que merecen ser profundizadas para su abordaje.

Como primer punto, nos detendremos en la ausencia de privacidad e intimidad reinantes en Romero. No existen espacios para resguardar la privacidad e intimidad. Las salas tienen dos ejes enfrentados donde se ubica una cama frente a otra. Todo transcurre a la vista de las otras mujeres en los espacios comunes. Vestirse delante de todas, dormir, bañarse sin cortinas de baño¹². La desnudez y la ausencia de un lugar para mantenerse en soledad sin ser vista por el otro/a o bien para mantener cualquier tipo de encuentro con otra persona es un punto a abordar en pos de garantizar el derecho a la privacidad y el resguardo de la intimidad, siendo central para el abordaje de estos derechos, así como también para el respeto de la autonomía y la dignidad de las mujeres.

Luego, vemos que las mujeres deben reapropiarse del propio cuerpo que fue apropiado por la propia lógica manicomial al apropiarse de los cuerpos. Encontrarse frente a un espejo (inexistentes en la mayoría de las salas), tocarse, reconocer que le pasa a ese cuerpo, entendemos que resulta un desafío a transitar.

En paralelo, debe romperse con la concepción de que las mujeres con discapacidad son seres asexuados. En tal sentido, debe avanzarse en reconocer el derecho de las mujeres a decidir autónomamente sobre la sexualidad y la reproducción sin discriminación, coacción ni violencia y el derecho a decidir tener relaciones sexuales y con quién tenerlas, a tener hijos, cuántos hijos tener y cada cuánto tiempo tenerlos. Por supuesto que ello implica recuperar el deseo y el cuerpo y abordar la promoción de derechos empoderando a las mujeres para que decidan sobre sus cuerpos -algo tan costoso para las mujeres en general en función de la sociedad patriarcal.

Pero, la afectación de tales derechos en el marco manicomial alcanza la categoría de graves violaciones a los derechos humanos. En tal sentido, hemos documentado la existencia de dos casos de esterilización forzada. El caso de María, con sus 20 años, a quien le ligaron las trompas sin ser consultada y argumentando tal decisión en su derecho a la salud. En el marco de la entrevista, le consultamos si sabía que le iban a ligar las trompas y refirió que no, así como tampoco le explicaron que implicaba la ligadura tubárica ni le consultaron si ella quería hacerlo. Nos contó angustiada "no me preguntaron, yo quería tener más hijos: una nena".

Por otro lado, hemos analizado situaciones de violencia sexual sucedidas dentro del Hospital, entendiendo el contexto institucional como posibilitante de tales hechos. Frente a ello, de los casos denunciados no se ha constatado ninguno que involucre a las mujeres; observando la necesidad de poder avanzar en el reconocimiento de

¹² Al seleccionarse algunas salas para realizar los talleres sobre salud sexual y reproductiva, se solicitó que se coloquen cortinas de baño y tabiques divisorios entre las camas en pos de garantizar un mínimo de intimidad.

situaciones de violencia y abuso sexual como tales y en el empoderamiento de las mujeres para puedan poner en palabras lo sucedido.

A su vez surge la necesidad de avanzar en el derecho de las mujeres a recibir educación sexual integral, a recibir información y orientación clara, completa y oportuna sobre su salud sexual y reproductiva, expresada en términos sencillos y comprensibles. La presunción de incapacidad para ejercer estos derechos, condiciona las oportunidades que se les ofrecen a las mujeres para decidir libremente sobre su vida, su sexualidad y su cuerpo. Además, dicho paradigma, agudiza las probabilidades de desinformación y desconocimiento, quedando sistemáticamente expuestas a la violencia, abuso y prácticas nocivas como la esterilización, el aborto y la anticoncepción forzada.

Como otro aspecto a señalar el hospital recientemente se está avanzando en garantizar el derecho a elegir el método anticonceptivo que más se adapta a sus necesidades, criterios y convicciones, a poder elegir si quieren usarlo o no y a acceder a los mismos en forma totalmente gratuita. Pero históricamente y aún sigue siendo solicitado por algunos profesionales de la salud que se resisten a reconocer a las personas internadas en el hospital como sujetos de derecho, el método más utilizado era el anticonceptivo inyectable con la fuerte connotación de castigo que implica dentro de la institución.

Por ejemplo, profesionales de salud, opinaron sobre Julieta de 26 años en oportunidad de ser externada, "el sida se cura, pero si llega a quedar embarazada qué hacemos con el paquete". Hoy se está avanzando en apoyar el proceso para que la mujer conozca los métodos existentes y pueda decidir cuál es el método más apropiado para ella.

Una mención especial merece la ausencia de controles ginecológicos de forma regular. Hemos observado historias clínicas de mujeres con 40 años de internación, donde sólo constan 3 o 4 controles ginecológicos. Recién en los últimos años, los controles han tenido mayor regularidad.

Por último, debe reconocerse a las mujeres el derecho a tener hijos y en tal caso, el derecho a un parto respetado y a ejercer los derechos y deberes derivados de la maternidad, con los apoyos necesarios si la persona así lo requiere. No hay posibilidad de maternaje para las mujeres encerradas en Romero. Se impone el prejuicio y el estereotipo de la "loca" como mala madre. El mandato de la maternidad y los fundamentalismos esbozados para impedir el derecho al aborto funcionan de modo contrario cuando se trata de mujeres encerradas por razones de salud mental. El aborto se impone sin considerar el deseo a continuar con el embarazo y sin brindar los apoyos necesarios para poder tomar tal decisión.

No es la mujer quien no puede maternar, es el estigma imperante en relación a este colectivo, la inexistencia de apoyos para tal función y el propio contexto manicomial los que obstruyen esta posibilidad en las mujeres.

Queréme así

Históricamente las mujeres han ocupado un rol de cuidado, estructurador y focalizado en las tareas reproductivas del núcleo familiar. Ante ello, observamos que cuando la mujer no encuadra en tal estereotipo o deja de hacerlo al ser encerrada en el hospital se la condena a la soledad, no existiendo hacia ella quien ejerza el rol de cuidado.

Del universo de mujeres encerradas en Romero, sólo aproximadamente el 20 % conserva vínculos afectivos, sobre todo con otras mujeres (madres, hermanas, hijas). Pero, comparativamente con la población de hombres del hospital, cuyo registro de vínculos por fuera de la institución también es escaso, se puede observar que las mujeres conservan, en algunos casos, mayor contacto con hijos/as cuando estos son mayores.

Margarita fue internada en Melchor Romero hace 36 años por su marido cuando el más pequeño de sus tres hijos tenía 4 años de edad. En la historia clínica consta una carta de su marido refiriendo que la internaba porque estaba embarazada de un hijo que no era de él, "que se haría cargo de sus otros tres hijos, pero que estaba cansado de que se acueste con cualquier persona". Desconocemos qué sucedió con el embarazo, pero sabemos que Margarita se vio impedida del contacto con sus hijos hasta que estos fueron mayores de edad, se acercaron a verla y se revincularon a raíz de las gestiones del equipo tratante.

Así como ella, varias mujeres han sido internadas en Romero y perdido todo vínculo con sus hijos/as, muchos de los cuales fueron dados en adopción plena por los Juzgados intervinientes. María quiere ver a su hijo y vincularse con él, pero aún no tuvo respuesta del juzgado. Federica, quien ingresó por segunda vez a Romero en una crisis de puerperio luego del parto de su segundo hijo, tampoco puede verlos.

Insistimos en que el deterioro de las tramas vinculares es una consecuencia directa de la institucionalización. Frente a ello, entendemos que es un eje fundamental para el abordaje el sostenimiento de los vínculos y la prioridad de que las mujeres, si deciden hacerlo, puedan maternar en libertad con los apoyos necesarios para hacerlo.

Psicofármacos

El uso de psicofármacos es uno de los componentes de la lógica manicomial que vulnera, con legitimación social, los derechos de las personas con sufrimiento y/o discapacidad mental.

Si bien nunca se ha documentado que las principales "enfermedades psiquiátricas" están causadas por desequilibrios bioquímicos a nivel cerebral y tampoco hay pruebas biológicas que puedan determinar si una persona padece un trastorno mental, esa lógica que necesita que las personas encerradas en el manicomio sean dóciles y no perturben las reglas, se hace inmune a las evidencias. No hay sentido común, ni orden jurídico, o ciencia que logren revertir la idea de que el "loco" debe recibir psicofármacos. El porcentaje de personas con internación prolongada que no tienen

indicado un esquema psicofarmacológico es mínimo (menor al 5% en el caso de Romero) y esto está aceptado y legitimado por gran parte del equipo de salud del hospital, el poder judicial y por la sociedad.

A pesar de que no existe evidencia que justifique el uso crónico de antipsicóticos, constituye una práctica habitual. La existencia de ensayos poco fiables que responden a intereses corporativos del poder médico y de la industria farmacéutica que a lo largo de los años han intentado sostener la eficacia del uso de psicofármacos en toda ocasión posible, tiene como evidencia que los antipsicóticos no curan la psicosis, los antidepresivos no curan la depresión y los ansiolíticos no curan la ansiedad, es más pueden causar cada una de estas entidades si las personas toman estas drogas durante mucho tiempo e intentan dejarlas¹³.

Nancy tiene 43 años. Ingresó a Melchor Romero cuando tenía 22 años derivada desde otra institución. Lleva 21 años de "internación". El diagnóstico según psiquiatras tratantes y peritos del juzgado es retraso mental moderado. Aconsejan "tratamiento farmacológico e internación". Ingiere por indicación médica y con el aval del juzgado 29 comprimidos de psicofármacos por día y hasta hace pocos meses era una de las mujeres que permanecía encerrada en el comedor.

Según los registros de las evoluciones y de los informes periciales que pueden observarse en su historia clínica es una de las mujeres considerada "con baja tolerancia a la frustración", "heteroagresiva", "impulsiva". Esas conductas que se le atribuyen han determinado que haya sido cambiada de sala en reiteradas ocasiones y que se le haya "ajustado" o "reforzado" la medicación con antipsicóticos y sedantes inyectables.

Mujeres que perturban la tranquilidad, que alteran el funcionamiento normal, que no se adaptan pasivamente al medio. La "buena adaptación al medio" es una de las frases más encontradas en las evoluciones psiquiátricas de las historias clínicas, con una fuerte connotación positiva, lo que es motivo para continuar con los mismos planes "terapéuticos".

Los psicofármacos alteran considerablemente la personalidad y dificultan gravemente la capacidad de realizar determinaciones sobre la propia vida, de hacer frente a los problemas, de preocuparse por los demás, de concentrarse, leer, ser creativos, disfrutar del sexo, entre otros. La mayoría de los efectos que se creen causados por la esquizofrenia (andares extraños, movimientos bruscos de brazos, expresión de vacío en el rostro, somnolencia, falta de iniciativa, entre otros) son en realidad consecuencia de los fármacos.

Además, hay motivos suficientes para pensar que los efectos que los psicofármacos tienen en los sistemas respiratorio, urinario, cardiovascular y digestivo, pueden ser determinantes en la mortalidad por las principales causas en el manicomio de Melchor Romero: neumonías, sepsis (a punto de partida respiratorio y urinario), insuficiencia

13 Gotszche P. Psicofármacos que matan y Denegación organizada. (2016). Barcelona: Los Libros del Lince.

cardíaca, broncoaspiración u obstrucción de la vía aérea y abdomen agudo obstructivo.

Los sufrimientos ocasionados por los psicofármacos podrían considerarse del ámbito de aplicación de la Convención contra la Tortura. La existencia de sufrimiento por intervenciones médicas sin fines terapéuticos, la existencia de una intención específica, más la participación estatal obligan a la siguiente reflexión: un esquema psicofarmacológico que se administra sin poseer fundamentos científicos que lo avalen, su aplicación con intención de control y disciplinamiento, y la participación directa estatal, constituye tortura¹⁴.

Los veintinueve comprimidos diarios de psicofármacos que recibe Nancy le provocan un sufrimiento, modifican su cuerpo y modifican su alma (su psiquis) lo que permite ubicar la intervención médica como tortura.

En los últimos meses tuvo acceso a un acompañamiento terapéutico y es en los registros de su acompañante el único lugar de la historia clínica en el que aparecen elementos que dan cuenta de sus habilidades, sus gustos, sus deseos, la construcción de su vínculo, sus decisiones en las salidas, los probables motivos de sus enojos.

Ya se ha hecho mención al impacto que el esquema psicofarmacológico tiene sobre la autonomía y la capacidad de determinación. Además, su cognición está sin duda seriamente afectada por las intervenciones de algunos profesionales que tienen autoridad académica y social para hablar sobre su déficit cognitivo.

Está claro que el esquema psicofarmacológico que recibe aumenta la posibilidad de morir en mayor grado que el problema de salud mental por el cual se supone que se le administra dicho plan de medicación. Está claro también que el mismo no tiene fines terapéuticos y que analizando la historia clínica y conociendo las indicaciones precisas de los psicofármacos, es evidente que su administración responde a medidas de castigo, a la conveniencia de terceros y a la necesidad de suplir la falta de un sistema de apoyo y de un equipo tratante acorde a las necesidades.

Por último, no se puede dejar de observar que el esquema psicofarmacológico que recibe Nancy tiene un impacto negativo en el ejercicio de su libre sexualidad, puesto que los antipsicóticos pueden elevar considerablemente los niveles de prolactina produciendo diversas manifestaciones clínicas asociadas a la infertilidad, irregularidades menstruales y disfunción sexual, como disminución de la libido, alteraciones en la excitación y el orgasmo.

Algunas reflexiones finales

Concluyendo, este informe intentó de forma preliminar, visibilizar las múltiples violencias padecidas por las mujeres en el Hospital Melchor Romero, recuperando sus voces e historias silenciadas a fuerza de años de encierro, psicofármacos y violencias.

14 Méndez JE. [Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes](#). (2014). Naciones Unidas.

Hemos enunciado algunos ejes con el objetivo de profundizar a futuro el análisis del impacto diferencial del manicomio en las mujeres, como colectivo especialmente vulnerable, sin desconocer que los efectos devastadores son terribles para todas las personas encerradas.

En primer lugar, vemos que debe “empoderarse” a las mujeres para que conozcan y ejerciten sus derechos. Observamos que la invisibilización y la falta de denuncia de las violencias padecidas en el cotidiano obedece a que las mismas son naturalizadas en el marco de una historia vital plagada de abusos y opresiones. Detectamos en las historias clínicas, una y otra vez la referencia “no se adapta al medio”, frente a ello nos preguntamos ¿a qué medio no se adapta?; ¿al manicomio que la ha desubjetivado por completo?, ¿a la sociedad patriarcal? o ¿a la comunidad excluyente?. Siendo ámbitos generadores de violencias, la no adaptación al medio debe ser comprendida como un síntoma de salud mental. A su vez, deben registrarse los abusos y violencias que se suceden y sancionar a los responsables en torno a la no repetición y, asimismo, debe asegurarse el acceso a la justicia de este grupo.

En segundo lugar, observamos la necesidad de que se incorpore la perspectiva de género en el abordaje de un tratamiento y externación sustentable. El equipo de salud debe poder conocer y abordar las violencias padecidas a lo largo de la vida de las mujeres en el marco del tratamiento. Asimismo, se requiere visibilizar las violencias existentes en la lógica de la misma institución y ser problematizadas por el equipo de salud en pos de garantizar su eliminación, en el entendimiento de que configuran una violación a los derechos humanos de las mujeres.

Para ello, proponemos que se realicen instancias de capacitación sobre “Violencia de género y derechos humanos de las mujeres” destinado al equipo de salud para promover la sensibilización y la modificación de conductas en sintonía con el marco normativo existente.

Por otro lado, en vista a garantizar una externación sustentable, entendemos que deben adoptarse medidas específicas tendientes a asegurar que este colectivo tenga acceso a medios económicos, vivienda, trabajo y educación para asegurarla.

En lo relativo a derechos sexuales y reproductivos, observamos que el avance en la implementación de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva posibilitará el ejercicio efectivo de los mismos. Aún resta avanzar en los modos de intervención frente a las situaciones de violencia sexual existentes.

Por último, entendemos que debe priorizarse la restitución de los vínculos afectivos, en particular, la revinculación de las madres con sus hijo/as. Ello lleva a poder pensar en formas de maternar diferentes y en particular, a particular, dispositivos y apoyos para que ello sea posible.