

salud mental

abril 2023



reflexiones sobre la desinstitucionalización de mujeres del Hospital Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero”

aportes al proceso de
transformación manicomial

Macarena Sabin Paz y Mariana Biaggio
equipo salud mental CELS

introducción

El presente informe es el resultado de un trabajo realizado conjuntamente por 11 mujeres que fueron externadas del Hospital Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero” y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), con la colaboración del Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR).

Esta experiencia, que bien podría llamarse “Conversaciones después del encierro”, reúne algunas reflexiones a partir de la visita a cuatro casas en las que conviven mujeres provenientes de diferentes servicios, tanto de larga estancia como de los servicios de agudas y subagudas. Sus proyectos de vida, los momentos vitales que atraviesan, la evocación de lo familiar, el paso del tiempo, el encierro, la organización de las tareas cotidianas, los anhelos, las marcas del manicomio, los cuerpos, la libertad, lo íntimo, la soledad, el barrio, siempre la medicación, son solo algunas palabras clave que guían este recorrido.

A través de entrevistas grupales, nos propusimos conocer qué pasaba después del momento de la externación que, generalmente, se piensa como un punto de inflexión entre el adentro y el afuera manicomial. Existe un hecho fáctico: un día estas mujeres tomaron sus cosas, y con el acompañamiento de sus referentes se mudaron a distintas casas ¿Es en ese acto donde comienza el proceso de desinstitucionalización o es un proceso previo a la externación?, ¿es lo mismo decir externación o desinstitucionalización? Esta última, ¿es un proceso sobre el que podemos pensar un cierre, un final?, ¿o acaso las personas que han vivido en manicomios, mantienen una relación con la institución de por vida, en una suerte de desinstitucionalización permanente?

Estas conversaciones y las preguntas que despertaron nos sugieren múltiples posibilidades de vida en la comunidad, en los barrios, en dinámicas que se asemejan bastante a formas nuevas de habitar lo familiar, y también exhiben límites enormes y obstáculos. Las 11 mujeres nos enseñaron sus realidades y aprendimos cosas que antes no sabíamos, entre las más importantes queremos destacar: allí donde lo manicomial hace marca, donde marca el cuerpo y los rostros, la marcha y las miradas, la organización del tiempo, de lo propio, lo ajeno y lo compartido, es necesaria la ternura. Sólo desde la ternura como paradigma, en el sentido de lo propuesto por Fernando Ulloa, es posible el enlace con otros.

Este texto fue elaborado como un recurso para los trabajadores del Hospital Korn, quienes hoy son parte de un hecho histórico que podremos valorar aún más significativamente en algún tiempo. Nuestro anhelo es que habilite reflexiones renovadas que les acompañen en el proceso de transformación manicomial y en la desinstitucionalización de todas las personas que han habitado y aún habitan el manicomio.

metodología

Para llevar adelante este trabajo se realizaron visitas en domicilio a 11 mujeres externadas del Hospital Korn. Se trabajó con una metodología de entrevista grupal, excepto por una mujer que al momento de la entrevista estaba viviendo sola. Se ofrecieron ocho ejes de conversación, en una modalidad de entrevista semi abierta.

Las entrevistas tuvieron lugar en dos jornadas de trabajo el 10 y el 24 de febrero de 2023 en las que se visitaron 4 casas. El registro fue escrito, salvo un caso en el que se grabó la entrevista, previa autorización de la entrevistada. Todas las mujeres formalizaron su acuerdo de participar a través de la firma de un documento de consentimiento informado. En dos casas se tomaron fotografías, para lo cual brindaron consentimiento para el uso de sus imágenes.

El criterio para la selección de la muestra de mujeres respondió al conocimiento previo que tenían los equipos de referencia y los equipos móviles sobre ellas, atendiendo a una representatividad respecto de las edades, la asistencia recibida, la autonomía personal, y el tiempo de internación transcurrido.

A los fines de preservar sus identidades, las referencias textuales sobre sus dichos no llevarán nombres.

presentación de los principales hallazgos

Estas conversaciones pasaron por distintos momentos y generaron en ellas y en nosotras sentimientos también diversos. Al pretender organizarlas en temas o secciones, seguramente estaremos perdiendo la posibilidad de otras lecturas y análisis. En todo caso, somos conscientes de este riesgo y ofrecemos una mirada posible, la que nos fue accesible, la que construimos junto a las mujeres que nos recibieron aceptando el desafío de pensar sus experiencias de vida en el hospital y en las casas. Vemos aquí la oportunidad de dar sugerencias y dar a conocer su mirada sobre este hecho histórico de transformación manicomial.



las marcas del manicomio y las garantías para habitar el barrio

“Ella me decía, ‘lo bueno es que vos tenés una cara normal, a vos no se te nota’, y es verdad, a mí me tratan bien porque no tengo cara de loca”.

“Yo no tengo apariencia de ser una paciente del Korn”.

“Nosotras no parecemos del manicomio, nosotras estamos bien, vamos prolijas”.

Estas afirmaciones sobre portar cara o una apariencia física como indicador de locura o de haber estado en un manicomio, nos lleva a pensar en un determinado orden sobre lo visible, que es necesario borrar o al menos disimular, como garantía para poder ser una vecina en igualdad de condiciones con las demás y habitar el barrio sin sufrir señalamientos, discriminación u otras formas de violencias. “Ser vecina” en lugar de “ser loca”, señala un imaginario donde ambas identidades son irreconciliables y determina que, si es loca, su lugar es el manicomio para mantenerla lo suficientemente lejos de la comunidad.

Siempre sostuvimos el derecho de toda persona usuaria de servicios de salud mental a vestirse como deseen, que este hecho no sea motivo de discriminación y que de ningún modo constituya un criterio para determinar la salud mental o establecer diagnósticos. Algunos grupos de personas usuarias con activismo en los derechos de las personas con padecimiento mental también nos enseñaron eso. En ocasión de elaborar recomendaciones para la realización de prácticas periciales respetuosas de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, la APUSSAM señaló: “Las ‘rarezas’ o ‘exotismos’, en cuanto a la visión de la vida o las apariencias físicas, costumbres o formas de pensar y actuar del otre, no deberían ser causas o motivos de internación o maltrato. Deberían poder incluirse como formas alternativas; diferentes, pero no enfermas”, (CELS, 2020: 17).

Si bien en el caso de las mujeres entrevistadas, ninguna lo defendió como un derecho, como una posibilidad, como un modo diferente pero también válido, la marca corporal fue enunciada como aquella que señala, distingue y aparta en contraste con

“pasar inadvertidas”, hecho entendido como positivo. El manicomio no sólo moldea atributos físicos, como el de “parecer una loca”, sino que esos atributos pasan a constituir identidad: “ser la loca”. Los gestos, la marcha, muchas veces lenta o torpe, la postura corporal, la mirada, algunas rigideces o movimientos involuntarios o automatizados, van nutriendo el vasto escenario de lo que es necesario revertir para poder vivir en la comunidad como una vecina más; salir a hacer compras o conversar con una vecina de manera desapercibida, sin ser ubicada en el lugar y en el rol del que quieren salir.

En las entrevistas observamos otros elementos que se vuelven cruciales al igual que la ropa: las tinturas de pelo que acaban de realizarse o para las que nos pedían colaboración; la ducha diaria, en varios casos muchas veces al día. ¿Serán formas cosméticas de borrar esas otras marcas que insisten, indelebles? ¿Será que el atuendo y arreglo personal funcionan como una membrana protectora de aquella intimidad vivenciada durante la internación? “*Me quiero teñir el pelo, ¿me ayudás, me podés teñir ahora?*”, insistió reiteradas veces una de ellas durante la entrevista.

Las mujeres sin marca manicomial visible o que menos marca exhibían, podían, por ejemplo, elegir en qué comercios comprar, alejarse del barrio, efectuar trámites incluso para otras compañeras. Salir a hacer actividades en el barrio no era un problema. Para ellas, la compra, el trámite, se limitaba a ese encuentro con otros, en un simple intercambio comercial. En cambio, aquellas mujeres con mayor marcación manicomial, preferían ir a los comercios donde sabían que serían bien recibidas y tratadas de manera respetuosa. De lo contrario, el intercambio comercial no sería solo eso, podría ser también un señalamiento, un acto discriminatorio. Por esa razón, estaban destinadas a habitar las cercanías, y circular en un número limitado de lugares.

Se trata de un cotidiano perdido. La pérdida de lo cotidiano generada por el manicomio impone la necesidad de crear una apariencia nueva. ¿Es posible, a través de estas imágenes de sí mismas, borrar las huellas que dejó el encierro? En todo caso creemos que sus dichos reflejan la necesidad de una recreación, ya no del tiempo donde las singularidades se fundían en las dinámicas de la vida en las salas sino de aquellas que se proyectan en un orden nuevo, ahora atravesado por las lógicas del barrio y la comunidad. Dicho de otro modo, desear ser igual a cualquier persona del lugar, también es un derecho y habilita la posibilidad de trabajar sobre estas proyecciones de sí mismas, desde antes de salir del hospital.

2

la salida del hospital: ¿de dónde se sale?, ¿a dónde se entra?

Al comienzo de este texto señalamos un hecho fáctico: un día se produce la mudanza. Ese acto condensa un punto de inflexión que determina los bordes entre el adentro y el afuera. Las salas, sean de internación crónica o aguda, la guardia, el CAPER, el Club, el Teatro, la calle de ingreso, la canchita, todo parece derivar como un embudo en la barrera de ingreso. Del otro lado está el barrio, la comunidad, los negocios y las “casitas”.

También sabemos que esas paredes manicomiales son permeables, y al igual que la piel constituyen una membrana de interacción con el mundo. Fronteras porosas que, al contrario de un muro rígido, que limita con nitidez y claridad un adentro y un afuera, funcionan de manera flexible creando zonas grises entre ambos espacios. Hay procesos mortificadores y manicomializadores en otros sitios que no son el hospital. Y dentro de él, también existen proyectos vitales y personas que trabajan a favor de la singularización de procesos y rutinas.

¿Qué hay de este adentro y este afuera en los dichos de las mujeres que entrevistamos? ¿Dónde se ubica esta membrana, si es que permanece? En nuestras conversaciones encontramos que ninguna pudo situar con claridad la mudanza como un punto de inflexión. No hay diferenciación de los espacios “adentro y afuera”, en una correspondencia con la internación y la externación. Al menos no referido como ruptura respecto del encierro.

Solo una de las mujeres pudo situar una fecha precisa, o un momento significativo asociado a este hecho, como así tampoco el tiempo que había transcurrido. El resto, se mostraron ajenas respecto al proyecto de irse del hospital: quién se los planteó, con quién lo hablaron, cómo lo organizaron, qué sentimientos o sensaciones les producía, cómo eligieron la casa, cómo la amueblaron, cómo lograron alquilar, los costos, fueron preguntas irrelevantes para las mujeres entrevistadas.

La forma en la que describieron su mudanza a la casa fue referida como un pasaje más, al igual que todos los producidos dentro del hospital: “*Me llevaron a la D, me pasaron a la G, me trajeron para acá*”. La casa apareció, en ese punto, como si fuera una sala más, en una enunciación de continuidad. En correspondencia, ninguna mu-

jer pudo precisar cómo fue la elección y la compra de los objetos que ahora están en las casas, pese a que se trata de un rasgo central que cambió en relación con sus pertenencias; desde el mobiliario en común (mesa, sillas, sillones, ventiladores) hasta otros objetos personales como almohadones, sábanas, acolchados, o los muñecos que tienen sobre sus camas fueron elegidos, y adquiridos por ellas. Las mascotas adoptadas fueron presentadas con emoción y ternura.

A riesgo de plantear una aparente contradicción no podemos negar que exista vivencia de un afuera en la experiencia de vida en las casas. ¿Cuál es, entonces, el hecho diferencial, en esa sucesión de traslados? Quizás, nuestra conclusión parece obvia: externación no es igual a desinstitucionalización. En las conversaciones hay una referencia constante a la posibilidad de salir y entrar cuando quieren de las casas, como uno de los aspectos más felices de esta etapa: *“Lo que más me gusta de vivir en la comunidad es poder salir a la calle, me encanta ir a comprar, nos peleamos para ver quien va”*.

La valoración reiterada sobre la posibilidad de salir a la calle, nos lleva a pensar en la vivencia subjetiva del encierro. El Hospital Korn cuenta, desde el año 2017, con un protocolo que establece la libertad para entrar y salir del hospital, y los casos en que esto se ve limitado pasaron a ser una excepción que debía estar justificada, temporalizada y revisada por el equipo tratante. Sin embargo, más allá de esta decisión institucional, las mujeres expresaron una experiencia sobre la internación asociada al encierro y a la pérdida de la libertad personal, recobrada recién a partir de la mudanza.

Esta situación nos lleva a pensar un poco más allá, y a reflexionar sobre qué pasaba durante la internación con las mujeres, con respecto a la posibilidad de salir y habitar la calle y los espacios públicos. Una investigación realizada sobre mujeres en el Hospital Korn señala que existen estereotipos que se vinculan a la capacidad de las mujeres para desempeñarse en la comunidad en forma autónoma, dentro de los cuales es posible identificar tres tipos: habilidades para resolver situaciones en la vía pública, habilidades para integrarse en programas de promoción del trabajo, habilidades para participar en los centros de externación en la comunidad, dependientes del hospital (Sabin Paz, 2022). Una trabajadora expresa: *“Se ve mucho con relación a las salidas del hospital. Si una mujer salió y a la hora de volver no vuelve, la reacción de los equipos (de profesionales) es diferente, porque existe un imaginario sobre la capacidad de una mujer para resolver situaciones en la calle, como tomarse un colectivo, ubicar calles, o confundirse de recorrido”* (Sabin Paz, 2022).

Sy (2020) sostiene que el apartamiento de la norma establecida por la naturalización de estereotipos de género como mujer = madre = ama de casa = cuidadora = amorosa será interpretado como síntoma patológico. Al respecto, señala: *“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 nor-*

ma, 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” (Sy, 2020: 94).

¿Es posible suponer que la vivencia de libertad como un hecho nuevo tenga relación con prácticas institucionales instaladas que dificultan a las mujeres salir a la calle?

Externación no es desinstitucionalización, y esta diferencia que ha sido muchas veces semiótica y, muchas otras, política, es palpable. Estar externadas les permite moverse con libertad, aunque no constituya en sí misma una experiencia de desinstitucionalización. La referencia a la continuidad entre salas y la casa, podría ser una huella de este efecto persistente y señala que el lazo a la institución permanece.

3

la vida cotidiana en las casas: nuevos espacios, viejos problemas

En nuestras conversaciones, uno de los temas recurrentes fue la organización de lo cotidiano; cómo se distribuyen los roles para las actividades domésticas, cómo es la administración del dinero y, por supuesto, de la medicación. En este aspecto, hay dos situaciones bien diferenciadas: las mujeres con más autonomía y quienes requieren mayor asistencia y apoyos.

En las casas con mayor asistencia, estas funciones están atravesadas por personal de enfermería o por las acompañantes terapéuticas (AT). Estas figuras constituyen personas de referencia ineludible y fueron sistemáticamente nombradas como apoyos fundamentales para vivir. Indican y organizan las tareas domésticas (incluso en algunos casos las realizan), organizan y suministran la medicación, guardan los documentos de identidad, y, también, asistieron a las mujeres durante la entrevista, ayudándolas a permanecer en la conversación, a recordar y responder las preguntas que se les formulaban. También manejan el dinero, sobre todo las AT, y contribuyen con la administración de los gastos.

Respecto al manejo del dinero, existe un denominador común, aunque con matices importantes. Salvo en un caso, la administración tanto del fondo común para los gastos de la casa como para uso personal está delegado en personas de apoyo, fundamentalmente las AT. Las mujeres con menor autonomía expresaron

no ser ellas quienes realizan los trámites para percibir los montos de sus pensiones por discapacidad. Tampoco disponen de la totalidad del monto, incluso algunas desconocen cuánto dinero cobran y cuánto pueden disponer a diario. Las personas de apoyo les suministran pequeños montos semanales, dato señalado como negativo por algunas de ellas.

En las casas con mayor apoyo es muy difícil la construcción de proyectos o actividades compartidas. Son mujeres viviendo solas bajo un mismo techo, cada una tiene su taza, su vaso, sus elementos de higiene, objetos que, además, son celosamente guardados en roperos bajo llave o candado. Así, se configura una escena muy similar a la que puede verse en las salas de internación del hospital.

¿Se puede trabajar lo común, la comunidad, cuando los años de internación y el efecto de lo institucional manicomial generó un repliegue sobre sí mismas? ¿Es posible compartir algo más allá del techo, luego de muchos años de preservar unos pocos elementos personales como un acto de resguardo de lo propio? ¿Qué enmascara ese apego sino algo del orden del desamparo más absoluto? ¿Cómo entablar una charla, cuando lo que invadía las salas era un silencio ruidoso que determinaba un mayor aislamiento? Son algunas preguntas que nos rondan para las que no tenemos respuestas, pero sí creemos que enlazar con otras a través de la palabra es una habilidad que en el encierro puede perderse y no solo como consecuencia de un diagnóstico o de la medicación.

En estas casas, también observamos algunos rasgos que establecen una continuidad o, al menos, una semejanza con la vida en el hospital: la presencia de enfermería, el libro de enfermería, el pase de guardia, la administración de la medicación, la regulación de los tiempos, de los espacios y de ciertas rutinas.

En las casas en las que viven mujeres con mayor grado de autonomía personal, la organización de lo cotidiano cambia: se distribuyen las tareas de manera rotativa, tienen más elementos de uso común, guardan ellas mismas sus documentos personales y realizan trámites, incluso complejos, sin requerir apoyos. También hay más ayuda entre pares y son manifiestas las expresiones de amistad, cariño o preocupación. No es menor decir que, más allá de los motivos que determinaron la internación en el hospital, estas mujeres no habían sufrido internaciones prolongadas, sino que provenían de salas de internación breve.

Es posible concluir con una afirmación a modo de hipótesis: la autonomía personal, la posibilidad de construir comunidad, de vincularse afectivamente con otras y conversar tiene más que ver con habitar el manicomio el menor tiempo posible, que con un diagnóstico del campo de la salud mental.

4

la evocación de lo familiar

“Tengo una hermana melliza que vive en un hogar en Capital, a ella le sacaron su hijo cuando nació; otro de mis hermanos se quedó en Romero, él se quedó ahí y yo estoy acá”.

“Tengo un nieto al que me gustaría ver, pero mi nuera no quiere, mi hijo está detenido”.

“Mi familia me trataba mal, pero me gustaría verlos, no los vi nunca más”.

Todas las mujeres entrevistadas evocaron con nostalgia un pasado familiar y se mostraron deseosas de un reencuentro, aun en los casos en los que relataron situaciones o momentos dolorosos o violentos. Durante las entrevistas, compartieron fotografías y nos presentaron a los miembros de sus familias desde un recuerdo que, por momentos, se fundía con los días vividos en el hospital. Algo de los vínculos con la familia nuclear permanece. Nos preguntamos de qué vínculo se trata, o del vínculo hacia qué, ya que en general, son personas que no han vuelto a ver desde hace años y con quienes no han vuelto a tener contacto.

El rol asumido como madre, tía, hermana, abuela, sigue siendo parte de su yo, de su identidad, un rol que las presenta ante otros y habla de ellas, aun sin ejercerlo. También nos preguntamos cómo se articulan estas referencias familiares con los roles de cuidado, históricamente asignados a las mujeres como una especie de “don natural” por la disposición biológica para procrear.

Shelley Park (2018) sostiene la existencia de una presunción ideológica sobre el “monomaternalismo”, basada en una combinación de supuestos sobre los imperativos sociales y biológicos que construyen la exigencia por las “buenas madres”, que deben performar el rol de la feminidad domesticada, y orientan reclamos racializados y codificados en términos de clase. Los reclamos por las buenas madres (y podríamos extenderlo a buenas hermanas, abuelas y buenas hijas) tienen que ver con privilegios blancos, de clase, donde se excluye la locura, y la interacción de estos constructos con las normas de la feminidad. Para la autora, el monomaternalismo promueve prácticas que defienden el heteropatriarcado y la familia nuclear.

¿Es posible pensar que la manifestación reiterada de volver a encontrarse con esa familia del pasado responde más a una imposición social que permanece vigente? La evocación de ese vínculo, ¿tendrá relación con la búsqueda de un rol diferente al de ser paciente del Hospital Korn? ¿Cómo abordar el trabajo con las mujeres en procesos de externación incluyendo las múltiples aristas que hacen a la identidad de las personas? ¿Cómo recuperar los roles asumidos, las identidades performadas, sin caer en roles estereotipados de conducta, sin reproducir las prescripciones asociadas a categorías sociales como madre, abuela, tía, etc.? ¿Cómo incluir esta dimensión en los procesos de desinstitucionalización, sin correr el riesgo de hacer jugar particularmente el rol de cuidadoras? ¿Pueden las mujeres, desentenderse de este atributo sin ser pensadas como la madre mujer monstruo? ¿Por qué este rasgo se presenta como una fuente de sufrimiento constante?

Por otro lado, sabemos que son muy pocas las mujeres que han recibido visitas por parte de sus familias. ¿Qué marcas deja en las familias tener una persona con padecimiento mental institucionalizada? ¿En qué medida podemos comenzar a pensar en los sistemas de apoyo para el sostenimiento de las relaciones familiares?

Desde el campo jurídico, los apoyos son parte integrante de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de ONU, y constituyen en gran medida, su columna vertebral. El concepto de apoyos ocupa un lugar gravitante en la estructura de la Convención, a tal punto que, sin su existencia, varios de los derechos allí reconocidos no serían posibles (Murúa, F., 2021: 5). El artículo 19 de ese tratado, establece que la finalidad de los apoyos es la de garantizar el derecho a tomar las propias decisiones y promover la vida en la comunidad. Por lo tanto, desde una perspectiva de derechos, los apoyos para el ejercicio del derecho a la maternidad y a las relaciones familiares deben diseñarse en pos de facilitar, promover y respetar la autonomía de las mujeres.

El derecho a la autonomía personal no puede abordarse de modo aislado respecto de los sistemas de apoyo, concepto nodal del texto convencional y de la figura de los asistentes personales. Por lo tanto, la autonomía como derecho postula necesariamente la interacción con otros. En similar sentido, Martelli y otras sostienen la importancia de “re-pensar el concepto de autonomía tomando como punto de partida esa precariedad constitutiva de la vida humana (...). De este modo cobra relevancia el sentido de comunidad, ya que solo es posible desarrollar y ejercer la autonomía si se vive, comparte y se construye con otros” (Martelli, Méndez Santolaria, Rugna, 2020: 60).

Este breve recorrido nos invita a pensar en estas convivencias como la conformación de un nuevo modelo familiar, ya no atravesado por roles que prescriben modos de ser y de actuar, por relaciones estructuradas sobre la obligación de cuidados, sino del compartir la vida, pudiendo recrear roles conocidos o inventar otros nuevos. Habitar con otras mujeres, proyectar actividades cotidianas, crear un sostén mutuo que habilite otros modos de relacionamiento, también pueden ser vínculos experimentados como familiares.

En este sentido, en una de las casas donde el tema estuvo muy presente, pudimos hablar de cuántas formas de familias pueden existir. Una trabajadora del hospital que se encontraba presente señaló: “Ustedes también son familia”, frase que escucharon mientras se miraron en silencio.

Quisiéramos traer una cuestión más que plantea puntos de contacto con lo anterior. Como modo de cierre de las entrevistas, preguntamos a las mujeres qué les dirían a otras mujeres que aún se encuentran internadas en el hospital, pero que pronto van a vivir en casas como ellas. La respuesta se repitió -sorpresivamente o no- en varias oportunidades: *“Que va a extrañar a la familia, que va a tener que acostumbrarse. Que se tiene que acostumbrar a la soledad”*.

El hecho de extrañar a la familia, como sentimiento fuerte y presente, es un rasgo que se puede haber iniciado con la experiencia de la internación (o antes, no conocemos las trayectorias de vida previas), pero que se mantiene hasta el presente. La institucionalización, supone el alejamiento o el corte de los vínculos familiares. En los procesos de externación que conocimos, se sostiene la lejanía respecto de los vínculos a la familia nuclear, a la vez que se abren nuevas oportunidades de relaciones, también familiares, aunque no reconocidos como tales desde una mirada hegemónica sobre la familia.

De esas expresiones también surgen con nitidez las diferencias entre vivir en una casa en compañía de pocas personas y el vivir en un lugar rodeadas por muchas personas, en un ritmo siempre demarcado por otras y otros; el ruido, las voces, los murmullos, también los gritos y las peleas. Este entorno ha sido el telón de fondo a lo largo de una larga etapa de sus vidas y es esperable que requiera de momentos de duelo y elaboración para dar lugar a nuevas formas de habitar lo cotidiano y construir nuevos modos de lo familiar.

a modo de síntesis

Este texto comparte, fundamentalmente, una experiencia de conversaciones con mujeres externadas y en procesos de desinstitucionalización. Nos permitimos realizar algunas inferencias, avanzar con reflexiones, pero sobre todo hacernos preguntas. Es imposible no preguntarse, en el encuentro con las personas “después del encierro”. Sus proyectos de vida, el lazo con lo institucional manicomial y la marca ¿indeleble? que deja, las imposiciones de género, la soledad, la familia y los vínculos entre ellas, son algunas de las cuestiones que quisimos abordar en este texto. Para finalizar, vamos a retomar algunos de los aspectos abordados con el objetivo de abrir preguntas y continuar este proceso de reflexión, que esperamos funcione como una contribución para los trabajadores del hospital, pero también de otros ámbitos, que acompañan personas a salir del manicomio.

1 La presentación de la persona. El aspecto físico, el corte de pelo, su color, la vestimenta y la proyección de sí mismas son temas que constituyen identidad. Cómo se ven y cómo creen y desean ser vistas, tanto durante la internación como en los barrios, pueden ser temas significativos a abordar de manera previa a la externación y durante la misma. Se puede trabajar incluso con espejos y fotografías en un juego acerca de cómo se ven, cómo pueden ser vistas y cómo desean ser vistas.

2. El espacio “casa” como un lugar diferente al hospital. La salida del hospital puede ser un proyecto personal, que se encadena a una trayectoria de vida. ¿De qué manera? ¿En qué trayectoria se inscribe? ¿Qué recorrido marca? ¿Con quiénes lo querrá o podrá recorrer? La salida también forma parte del contexto político institucional de transformación y cierre de los hospitales monovalentes de la Provincia de Buenos Aires. Este proyecto puede ser apuntalado con la posibilidad concreta de que las mujeres salgan a la calle durante la internación, y participen de actividades fuera del hospital que las conecten con encuentros sociales, culturales, proyectos socio laborales y recreativos con mayor autonomía. Sabiendo que estos ámbitos existen, ¿cómo favorecer e impulsar la participación de las mujeres? Nos preguntamos si será posible apuntalar el proyecto de vida fuera del hospital, tomando la “mudanza” como un punto de partida que acerca a las mujeres a la comunidad.

3. La ayuda entre pares y la figura del asistente personal. Proponemos analizar algunos funcionamientos en las casas que tienden a replicar relaciones y dinámicas propias del hospital. Valorar la autonomía de las mujeres desde la idea de la dignidad que supone vivir la vida con los riesgos que conlleva, y desde allí apostar a la ayuda entre pares y al compromiso empático cuando se vive en comunidad. La figura del asistente personal puede ser un aporte para acompañar procesos de fortalecimiento de la autonomía o de sostén de procesos de externación que tal vez necesitan ser proyectados a largo plazo, o de por vida, de manera acompañada.

4. La vida en familia. Abordar la convivencia con otros como nuevas formas de habitar lo familiar, desvinculado de las obligaciones de cuidado. Establecer las diferencias entre vivir con muchas personas y vivir en un grupo pequeño o incluso solas. Habilitar sentimientos nuevos, como la soledad o el aburrimiento.

bibliografía

Basz, Eduardo. (2011) La dignidad del riesgo como antídoto al estigma. Disponible en: <https://gruposaludmentalfts.files.wordpress.com/2014/01/paperladignidaddelriesgocomoantc3addotoalestigma.pdf>

Bourdieu, Pierre. (1994) Espíritus de familia. En: Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Ed. Du Saui.

CELS (2020) La práctica pericial respetuosa de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Disponible en [Salud-mental guia-1 completo.pdf](#) (cels.org.ar)

Fernández Mariela; Martelli, Estefanía; Méndez Santolaria, Camila; Sonneborn, Marina, (2017). Mandatos tácitos, efectos subjetivos. Percepciones de la maternidad en los discursos de mujeres alojadas en PRISMA. Ponencia presentada en las XII JORNADAS DE SOCIOLOGÍA DE LA UBA. Recorridos de una (in)disciplina. La Sociología a sesenta años de la fundación de la Carrera, 22 al 25 de agosto de 2017. Mesa 71: Aportes, críticas y límites desde la sociología de la salud a la problemática de la salud mental.

Murúa, Fabián (2020) El derecho a decidir: apoyos, medidas anticipadas y salvaguardas. Disponible en [El derecho a decidir: apoyos, medidas anticipadas y salvaguardas – CELS](#)

Park, Shelley (2018) ¿Madre verdadera o mala madre?, Suplemento SOY, Diario Página 12. [On-line]. Dirección URL: www.pagina12.com.ar/149203-madre-verdadera-o-mala-madre Página consultada el 14 de abril de 2023.

Sabin Paz, Macarena (2022) Los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos y el derecho a la maternidad de las mujeres internadas en el hospital Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero” desde una perspectiva de género. Entre buenas y malas mujeres. Tesis doctoral, UNLa, defendida el 6 de diciembre de 2022.

Sy, Anahi; Naszewski Marcela; Pierri, Carla; Barrio, Ana Laura (2020), HISTORIAS LOCAS Internaciones psiquiátricas durante el siglo XX, Editorial Teseo.

