



Intercambios VIII

Documentos para el ejercicio
profesional del Trabajador Social

Colección Digital

MEMORIAS DEL MANICOMIO

REVIVIR EN LAS CENIZAS DEL DESTIERRO

GABRIELA BIGATTI
DANIELA VALENZUELA LUQUE
PRISCILA CAPRA



Memorias del manicomio

Revivir en las cenizas del destierro

Gabriela Bigatti¹

Priscila Capra²

Daniela Valenzuela Luque³

¹ Licenciada en Trabajo Social (FTS-UNLP). Profesora Universitaria en Trabajo Social (FTS-UNLP), ex Residente del H.I.E.A y C.Dr. Alejandro Korn. Actualmente Trabajadora Social interina del equipo de guardia interdisciplinaria de Salud Mental del H.I.A.C Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero, La Plata. Correo electrónico: gabrielabigatti@hotmail.com

² Lic. en Trabajo Social (FTS-UNLP). Residente de Tercer año del H.I.A.C Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero, La Plata. Correo electrónico: pri-94@hotmail.com

³ Licenciada en Trabajo Social (FTS-UNLP), ex Residente y jefa de residentes del H.I.A.C Dr. Alejandro Korn. Actualmente Trabajadora Social interina del equipo de guardia interdisciplinaria de Salud Mental del H.I.A.C Dr. Alejandro Korn, de Melchor Romero, La Plata. Correo electrónico: valenzuela_daniela@live.com.ar

Intercambios VIII

Memorias del manicomio: Revivir en las cenizas del destierro

Comité editorial:

Manuel Mallardi, Carmina Macias, Clarisa Burgardt, Ximena Lopez
(ICEP - Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales)

Mirta Rivero

(Mesa Ejecutiva del Colegio de Trabajadores Sociales de la Pcia. de Bs. As.)

Bigatti, Gabriela

Memorias del manicomio : revivir en las cenizas del destierro / Gabriela Bigatti ; Daniela Valenzuela Luque ; Priscila Capra ; editado por Clarisa Burgardt. - 1a ed. - La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2020.
Libro digital, PDF - (Documentos para el ejercicio profesional del Trabajo Social. Intercambios ; 8)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-4093-22-6

I. Trabajo Social. 2. Salud. 3. Salud Mental. I. Valenzuela Luque, Daniela. II. Capra, Priscila. III. Burgardt, Clarisa, ed. IV. Título.
CDD 362.2042

Está permitida la reproducción parcial o total de los contenidos de este libro con la mención de la fuente. Todos los derechos reservados.

© Bigatti, Gabriela - Valenzuela Luque, Daniela - Capra, Priscila
ISBN 978-987-4093-22-6
Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.
Argentina - Octubre 2020

Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires
Calle 54 # 742 Piso 3º (1900) La Plata - Bs. As.
Tel-Fax (0221) 427-1589 - E-mail: info@catspba.org.ar - www.catspba.org.ar

Autoridades del Colegio de Trabajadores Sociales de la provincia de Buenos Aires

CONSEJO SUPERIOR

Mesa Ejecutiva:

Presidente: MIRTA GRACIELA RIVERO
Vicepresidente: ADRIANA ELISABET ROSSI
Secretario: MARCELA PATRICIA MOLEDDA
Tesorero: MARCELO ANIBAL ECHAZARRETA

Vocales Distrito Azul:

Titular: LORENA PAOLA CALVETE
Suplente: ANDREA ANTONIA OLIVA

Vocales Distrito Bahía Blanca:

Titular: SANDRA ELIZABETH VALENZUELA
Suplente: CLARISA BURGARDT

Vocales Distrito Dolores:

Titular: CLAUDIA MIRIAM CHIMINELLI
Suplente: SERGIO ESTEBAN BACCI

Vocales Distrito Junín:

Titular: NADIA CELESTE RODRIGUEZ
Suplente: CATALINA MARÍA BOCACCI

Vocales Distrito La Matanza:

Titular: ANDREA DEL VALLE MEDINA
Suplente: GRACIELA BEATRIZ ORLANDO

Vocales Distrito La Plata:

Titular: MARIA JOSE CANO
Suplente: JULIETA MASCOTRO

Vocales Distrito Lomas de Zamora:

Titular: MARTA SUSANA MONTE
Suplente: MONICA EDITH ETCHEVERRY

Vocales Distrito Mar del Plata:

Titular: MARIANA SOLEDAD BUSTOS YAÑEZ
Suplente: JESSICA MILENA GALLO

Vocales Distrito Mercedes:

Titular: IRMA CRISTINA ISABEL ACUÑA
Suplente: NICOLÁS PELLEGRINI

Vocales Distrito Moreno - Gral. Rodríguez:

Titular: ESTELA MARIS RODRIGUEZ VEDIA
Suplente: MARIANO EDUARDO COLOMBO

Vocales Distrito Morón:

Titular: PATRICIA LAURA BERTAZZA
Suplente: JORGELINA ALEJANDRA CAMILETTI

Vocales Distrito Necochea:

Titular: ADRIANA PEREZ
Suplente: NÉLIDA ROSANA D'ANNUNZIO

Vocales Distrito Pergamino:

Titular: SONIA VIVIANA SANCHEZ
Suplente: MARÍA BELÉN TABORDA

Vocales Distrito Quilmes:

Titular: MARCELO CLAUDIO KOWALCZUK
Suplente: PAOLA ELIZABETH STANLEY

Vocales Distrito San Isidro:

Titular: ADRIANA GRACIELA REYNOSO
Suplente: MARÍA MARTA CARNERO

Vocales Distrito San Martín:

Titular: SILVIA PATRICIA GARCIA
Suplente: MABEL JUANA ODORISIO

Vocales Distrito San Nicolás:

Titular: MARIA EUGENIA PINI
Suplente: MARÍA VIRGINIA LATTANZIO

Vocales Distrito Trenque Lauquen:

Titular: MARÍA SOLEDAD FOSSAT
Suplente: ELEANA GALIANO

Vocales Distrito Zárate - Campana:

Titular: PATRICIA LAURA MANSILLA
Suplente: CAROLINA SABAROTZ

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Vocales titulares:

Marisa Beatriz SPINA
María Carolina MAMBLONA
Silvia Alejandra COUDERC
Patricia Analia PARISI
Dario Alejandro PETRILLO

Vocales Suplentes:

Tatiana María FINK
Regina Laura PARADELA
Susana Beatriz RODRIGUEZ
Carla Marcela LAMBRI

Índice

- 6** Introducción
- 7** Vigilar y castigar
- 10** Trabajo Social y Salud Mental
- 13** Grandes paradojas que se inscriben en nuestra historia
- 15** Reflexiones finales
- 17** Bibliografía

Introducción

El escrito que presentamos a continuación surge del interés profesional en pos de aportar a la problematización de las trayectorias vitales de las personas internadas en las salas denominadas de “rehabilitación” o “crónicas” del Hospital Dr. Alejandro Korn.

Para acercarnos a este objetivo es indispensable transmitir brevemente aspectos relacionados a las condiciones en las que estas personas transitan sus vidas en la institución manicomial. Esto implica dar cuenta de las características de la población, de las condiciones edilicias de este tipo de instituciones, de los lineamientos propuestos para la atención en el contexto actual, entre otras, dando así paso a la aprehensión de la complejidad que adquiere el relato testimonial para la construcción y reconstrucción de las trayectorias de vida de las personas con padecimiento mental.

En este sentido, entendemos que la intervención del Trabajo Social juega un papel central en este proceso de recupero de la memoria, a través del instrumental operativo y de las distintas estrategias que se despliegan como parte del accionar profesional, a las cuales haremos mención en los siguientes apartados.

Por último, y no menos importante nos abocaremos a problematizar el concepto de transistitucionalización, el cual dista mucho de la concreción de externaciones en condiciones dignas; cuestión que nos interpela disciplinariamente, como Trabajadoras Sociales, y como integrantes de los equipos interdisciplinarios del campo de la Salud Mental.

Vigilar y castigar

Continuidades y rupturas

¿De qué hablamos o a que nos referimos cuando decimos trayectorias?
¿Qué sabemos de las personas internadas, de los cuerpos deambulantes, de-
mandantes, que transitan sus días en el Hospital? ¿Hay una memoria colecti-
va que tiene presente a estos seres? ¿Pasado, presente y futuro manicomial?
¿Qué esperamos que sean?

La institución manicomial ha sido una de las principales instituciones de encierro y por tanto, reproductora de la desigualdad inherente al modo de producción capitalista, donde el sistema de castigo respondió y se ajustó a los requerimientos del proceso de modernización de la sociedad. En este sentido, lo “atrasado” debía ser oculto y/o transformado, siendo la privación de la libertad en instituciones de salud mental la práctica que mejor se amoldó al proyecto social impuesto.

En función de ello,

“El modelo asilar de la época clásica tenía como único fin la práctica del encierro como dispositivo de segregación y depósito de los inadaptados, de los raros, de los diferentes, de los locos. La época clásica practica el encierro sin ningún fin terapéutico, con el único objetivo de separar, marginar, aislar (...) El internamiento está destinado a corregir (...) por eso no es de asombrarse que las casas de internamiento en esta época y aun a lo largo de la historia y hasta nuestros días en muchos casos, tengan el aspecto de prisiones (Ottaviano, 2011: 46-47)

Continuando en la misma línea el autor expresa que:

(...)”Tanto en prisiones como en instituciones de internamiento se han repartido y se siguen repartiendo la población de locos, marginados y pobres. Personas provenientes de los sectores de la población que más empobrecidos tienen sus lazos sociales y su capital simbólico, y que en definitiva son la expresión del lugar que cada comunidad les otorga (...)

Agrega además,

“No son las comunidades sino los procesos históricos- sociales que se gestan en cada comunidad, como expresión de los contextos políticos económicos de cada sociedad, los que expulsan a la periferia y a la marginación a grandes sectores poblacionales” (Ottaviano, 2011: 46-47) .

De esta manera, el encierro, se ha configurado como una respuesta a la atención del padecimiento mental en un determinado modelo social, motivo

por el cual, la institución manicomial, puede concebirse como reproductora de desigualdad y violencia, generando deterioro en los sujetos y teniendo como consecuencia directa su deshistorización, desocialización, infantilización, homogeneización, entre otros aspectos.

Resulta necesario entonces, para el análisis propuesto, retomar la funcionalidad histórica y social de estas instituciones, ya que como profesionales nos vemos atravesados/as por las lógicas que se establecen y aun prevalecen en el marco de los equipos de los cuales formamos parte.

Cabe recordar que si bien para el corriente año se plantea el cierre de las instituciones manicomiales, centenares de personas permanecen internadas en ellas. Es significativo señalar que la mayoría no poseen estrictamente criterio de internación, estando alojadas allí principalmente por motivos económicos y sociales, contradiciendo de esta forma lo que el marco normativo vigente en materia de salud mental establece.

“La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios (...) En ningún caso puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes”. (Ley 26.657. Art. 15)

Así, a diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 son escasos los dispositivos alternativos al manicomio e insuficientes las políticas sociales para garantizar un abordaje integral de las personas con padecimiento mental que permitan concretizar externaciones en condiciones dignas. A ello se le agrega la falta de equipos interdisciplinarios completos, lo que se traduce en el incremento de la precarización laboral de los/las trabajadores/as que suelen estar “compartidos/as” en diferentes salas obturando intervenciones integrales y de calidad.

Asimismo, la infraestructura edilicia del Hospital se deteriora día a día, lo cual repercute en las condiciones de internación. En este sentido, si utilizamos estos datos como analizadores se explicita con claridad cómo el derecho a la privacidad, a la vida digna y salubre no es considerada un derecho por parte del Estado a la hora de otorgar un presupuesto acorde que vaya en correlación con el cumplimiento de los Derechos Humanos de las personas que aún hoy permanecen internadas en las instituciones manicomiales.

Ello inevitablemente afecta la plena aplicación del marco normativo vigente, reforzando la persistencia de los manicomios y obstruyendo la construcción de dispositivos alternativos que aborden la salud mental de manera integral en la comunidad.

Ahora bien, habiendo nombrado algunas de las particularidades de las lógicas de las instituciones totales, partimos de entender que la dinámica de organización social dota de generalidades a las trayectorias de vida de las personas internadas por motivos de salud mental en las salas de “rehabilitación”, imprimiéndole ciertas características. A continuación, señalaremos brevemente algunas de ellas.

- Las problemáticas por las que fueron internadas las personas con las

cuales intervenimos son diversas, con preponderancia de psicosis, en menor medida cuadros de alcoholismo y retrasos mentales severos, entre otros padecimientos.

- El tiempo de internación oscila entre los 5 o más años. No es menor remarcar que algunas de las personas alojadas en el hospital, han transitado por una vida signada por la institucionalización que ha comenzado incluso desde su niñez. Algunas de ellas han tenido sucesivas re-internaciones en este hospital y otras, han sido admitidas en esta institución, (mediante la transinstitucionalización, punto que desarrollaremos hacia el final del artículo).
- Recuperando la trayectoria escolar de las personas con las que intervenimos, en su mayoría han finalizado el nivel primario, sin culminar el nivel secundario, lo que dificulta aún más el trabajo registrado.
- En relación a su trayectoria laboral, la mayoría trabajó en diversos oficios, y/o tareas de forma precaria, escasamente o nulamente remuneradas y sin cobertura social ni derechos laborales garantizados.
- Un mínimo porcentaje de ellas logra acceder al mercado formal de trabajo. A modo esclarecedor, se puede explicitar que las mismas cuentan con pensiones no contributivas por discapacidad y otros subsidios estatales, los cuales no aportan significativamente en la posibilidad de una externación que garantice la cobertura total de las diversas necesidades que tienen los/as usuarios/as para concretizar una vida digna.

Trabajo Social y Salud Mental: lo reparatorio de la memoria

Lo expresado en los apartados anteriores demarca un escenario interventivo encontrándonos como resultado, procesos de homogeneización en los que subyacen la dinámica de la organización social, la funcionalidad de las instituciones de encierro y las generalidades de las trayectorias de vida de las personas con las que trabajamos. Ante esto y en la búsqueda de trascender la razón instrumental, nos vemos convocados/as a repensar las posibilidades de tensionar estos procesos en nuestras intervenciones cotidianas.

Por tal motivo, consideramos que una forma posible es generando apuestas interventivas centralizadas en procesos de recupero de la memoria y re-construcción de las identidades de las personas internadas, en donde el Trabajo Social adquiere trascendencia.

En el marco de las instituciones totales se materializa una tendencia a eliminar la historicidad, singularidad, privacidad de los sujetos internados/as, en función de controlar y homogeneizar la población que allí reside. Es importante traer a colación que esta forma de organizar los espacios y tiempos es propio de la lógica asilar monovalente, la cual apunta a transformar a las personas en objetos dóciles del dominio institucional.

Al decir de ello Goffman expresa de manera concreta esta dinámica:

“Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en un mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba; mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución”. (Goffman, 1961: 13- 19)

La intervención del Trabajo Social requiere trascender este plano homogeneizante propio de las lógicas manicomiales, siendo este un posicionamiento ético-político del ejercicio profesional. Partir desde esta perspectiva implica comprender, que las salas “de rehabilitación / crónicas” están llenas de historias, tantas historias como personas que allí conviven diariamente, historias que merecen ser recuperadas, reconstruidas y sobre todo escuchadas. His-

torias que, sin lugar a dudas, han sido arrasadas y olvidadas por la institución.

En las salas del hospital es constante la demanda a gritos por ser escuchados/as, ya sea en sus relatos, testimonios verbales, corporales, artísticos; los cuales son reflejo de lo que ha sido y es vivir en el manicomio.

Entendemos entonces, que el desafío consiste en recuperar/ retomar- a través del relato- esas voces que han permanecido acalladas, ocultas e incluso invisibilizadas; adquiriendo centralidad el sujeto en el proceso interventivo.

Retomando a Bárcena

El testimonio siempre entraña una difícil escucha, pues la palabra y la escritura del testigo es asimétrica con respecto a la nuestra: es la otra voz. De hecho, su voz, su palabra y su escritura son desestabilizadoras, pues ponen en cuestión la armonía ética del minimum moral de nuestro mundo compartido. No obstante, el crédito que otorgamos a la palabra del otro, a la del testigo, hace del mundo social un mundo intersubjetivamente compartido; ahí está la raíz legitimadora del pacto testimonial” (2010:15).

Para nuestra intervención profesional se torna central recuperar las historias de vida de aquellas personas con las que trabajamos diariamente. Cabe preguntarnos entonces ¿Con qué herramientas interventivas contamos para ello? ¿Qué potencialidades adquieren en los procesos rehabilitatorios que nos proponemos realizar?

Desde el Trabajo Social, la entrevista denota su potencial para recuperar historias de vida y específicamente hacemos énfasis en la reconstrucción de la memoria. Este potencial al que hacemos referencia, radica en habilitar a las personas a tener un lugar en el mundo; un lugar no desde la exclusión, aislamiento y anulación, sino a partir de otorgarles centralidad en tanto sujetos de derechos. Así, nombrar a cada sujeto por su nombre, es parte de la construcción de la identidad y las identidades. Preguntar, dar lugar al sujeto, es parte fundamental de esta re-construcción de la identidad de la que hablamos.

Es indispensable en esta escucha despojarnos de todo prejuicio y determinaciones a priori respecto de lo que la persona expresa. Como profesionales estamos en un lugar privilegiado para tomar en nuestras manos la recuperación de historias, de testimonios; lo traumático que se hace carne en esta relación de recupero, en este pacto testimonial.

Parafraseando a Bárcena

“Un pacto que nos vincula a una experiencia no vivida (lo que requiere activar nuestro sistema de rememoración y de imaginación sensible, imprescindible para hacer experiencia de lo no experimentado) y nos permite mirar el dolor y el sufrimiento de nuestro presente”. (2010:11).

Es de destacar la importancia del testimonio en la construcción de las identidades y de la memoria, donde el relato de lo sucedido crea y recrea aquello que acontece, y deviene, por ende, en efecto reparador; resurge allí, un sujeto con historia, un sujeto que demanda, un sujeto que requiere, necesita y debe ser escuchado.

En palabras del autor citado

(...) “El testimonio apunta a cómo una subjetividad ha vivido hasta un punto determinado un acontecimiento y lo ha padecido o experimentado hasta el punto de poder testimoniar acerca de él (Pierron, 29). No es, pues, una especie de tercero objetivo y neutral, exterior a una situación que no ha vivido, sino quien permanece en el corazón de esa experiencia de la que habla, mostrándola, más que diciéndola en el orden del logos. Aquí, el testigo es el actor, el que ostenta una autoridad, fundada en una experiencia vivida”. (2010: 8)

Como parte del ejercicio profesional cotidiano nuestra tarea de gestión al igual que la entrevista adquiere centralidad y tiene un papel preponderante en este proceso de recupero del cual hablamos ¿En qué sentido? Cada vez que gestionamos una partida de nacimiento, inscripción tardía, Documento Nacional de Identidad, entre otros, estamos aportando a fortalecer este punto nodal en la inscripción identitaria de cada persona con la que trabajamos.

Lo expuesto es sumamente relevante ya que si el derecho a la identidad no es garantizado, los demás derechos tampoco lo son, dando así comienzo a una cadena de vulnerabilidad que puede extenderse por meses e incluso años. Así pues, la identidad no es sólo la posesión de un DNI, sino la inscripción dentro de un sistema simbólico amplio, en donde la persona se nombra e identifica desde un lugar único e irrepetible.

La identidad como tal, incluye y abarca otras esferas de la vida cotidiana e involucra decisiones respecto de los proyectos o proyecciones de las personas que han quedado truncados o interferidos en el marco de la permanencia en la institución hospitalaria. Es por esto, que darle lugar en el presente a través del relato, permite recuperar la impronta que tenían en su momento y la posibilidad de pensarlos en el proceso actual, deviniendo así, en efecto reparador.

En este punto se vuelve pertinente escuchar atentamente el deseo de quien será el/la portador/a de esa identidad, esclarecer qué significa esto para la persona incorporándola activamente en el proceso. El abordaje requiere de un máximo profesionalismo, adquiriendo centralidad el sujeto y su deseo respecto de la decisión tomada, luego de ser comunicada toda la información acerca de las implicancias de cada elección, respetando el tiempo del proceso de asimilación y toma de decisión.

La expresión, la palabra como recurso, tienen efectos terapéuticos, poder decir, poder de alguna manera expresar, poder, poder... Es en ese relato compartido, esa historia compartida por cientos, miles, infinitas personas, donde se encuentra íntima relación entre las historias personales y las sociales, con la historia de la humanidad.

Grandes paradojas que se inscriben en nuestra historia

El acceso a diversos derechos sociales muchas veces es pensado de la mano de la posible externación, sin embargo, al hablar de ella es necesario no utilizar dicho concepto en función de la expulsión y/o derivación compulsiva, siendo esto contrario al marco normativo y radicalmente distinto a lo que la externación implica en materia de derechos.

En este marco, nos parece importante problematizar aquello que se entiende por desinstitucionalización, concepto tan en boga en el campo de la Salud Mental. Cabe aclarar que la misma no hace referencia a despojarse de toda institución, pues dicha postura es inconsecuente con la perspectiva de construcción de sistemas de apoyos; por el contrario, se trata de la desinstitucionalización de la lógica asilar/manicomial.

Como profesionales de Trabajo Social debemos tener claridad para identificar que la transinstitucionalización es una respuesta inconsecuente ante la obligación de cierre de la institución manicomial que impone el marco normativo, siendo una respuesta también asilar.

Rotelli cuando habla de la política de reforma refiere

(...) “La desinstitucionalización entendida como política de externaciones produjo el abandono de sectores relevantes de la población psiquiátrica y, por ello, también la transinstitucionalización: traspaso a residencias de reposo, residencias para ancianos, lugares de crónicos “no psiquiátricos”. (2014: 1).

De esta forma, creemos que tenemos que ser cuidadosos/as al utilizar los recursos “disponibles” del Estado para “garantizar una externación”, puesto que los mismos rara vez responden a las reales necesidades de los sujetos y al establecimiento de una mejora en su calidad de vida.

En este escenario, nos vemos en la obligación de puntualizar que la transinstitucionalización se plantea como lo posible (desde los recursos con los que se cuenta en la actualidad), siendo esto contrario a lo necesario para garantizar externaciones en condiciones de vida dignas.

Por ende, la transinstitucionalización tiene como contracara el refuerzo del mercantilismo y el traslado de recursos del sistema público al sector privado, disfrazando las derivaciones en “externaciones”. En este sentido, como parte integrante de los equipos de salud, nos corresponde estar atentos/as a estas nuevas y no tan nuevas formas de desfinanciamiento.

En su texto “Argentina ¿Vivir sin manicomios?” Ángel Barraco dice :

“Resulta indudable que detrás de la existencia de las clínicas privadas, subyace una actividad empresarial y mercantilista de la salud mental, que refleja una alta tasa de rentabilidad y ganancia, con el agravante de que prácticamente carecen del control estatal respecto de la atención que brindan” (2014: 4)

De esta manera, la transinstitucionalización enmascara una desmanicomialización exigida por una ley aprobada sin presupuesto acorde y sin dispositivos alternativos, ni profesionales suficientes, que garanticen formas de atención que vayan en consonancia con los derechos de los/as usuarios/as de salud mental.

Reflexiones finales

Develar lo que se esconde detrás de las instituciones manicomiales, en relación a los sujetos y las concepciones respecto del padecimiento que estigmatizan las personas internadas señalándolas como “problemáticas y peligrosas” a las cuales es necesario vigilar, controlar y castigar, merece ser problematizado. Estos sujetos a los cuales se los negativiza y se les deposita todas las frustraciones de un sistema, son destinatarios directos de la intervención punitiva y de todas las acciones de control social para “la re-inserción” cuando se lo considera necesario.

Es por esto que adquiere centralidad en este análisis dar visibilidad actual a estas personas a quienes la institución manicomial (como representante de la respuesta estatal a la “locura”) ha arrasado con su subjetividad y desestructurado su vida cotidiana.

Recuperar las historias de vida de los/las usuarios/as con padecimiento mental a partir la re-construcción de las identidades, mediante el relato, constituye un insumo fundamental de la intervención profesional del Trabajo Social, al mismo tiempo que aporta significativamente a la re-construcción de la memoria colectiva del manicomio.

Re-construir/ recuperar identidades no es tarea sencilla, requiere de constantes desafíos. Esta es una de las formas de recordar para no olvidar y no repetir. Comprometerse plenamente en re-construir conjuntamente las historias, trayectorias y proyectos de vida de las personas con las que trabajamos con todo lo que ello implica- es un posicionamiento ético político de gran osadía e importancia que excede a la salud como campo.

Las intervenciones de los/as profesionales dentro del contexto manicomial tienen que estar orientadas al encuentro con las personas considerándolas como sujetos activos y partícipes; partiendo desde una escucha atenta, retomando su complejidad y por ende, distanciándose de las lógicas de poder imperantes; viabilizando a su vez, prácticas que pongan el acento en la problematización del impacto que tiene en las personas el encierro, la cronificación y la vulneración de sus derechos.

La transinstitucionalización tomada como una de las principales respuestas de externación de las personas con varios años de internación en instituciones manicomiales, implica una refuncionalización de prácticas de vulneración. Como Trabajadores/as Sociales tenemos la responsabilidad ético política de tensionar estas respuestas, repensar alternativas y contribuir al establecimien-

to de políticas y acciones para lograr el objetivo de una externación en condiciones de vida digna, siendo ineludible la proyección de la intervención dentro de los parámetros de lo necesario, distanciándonos de los parámetros de lo posible en el marco de los recursos estatales.

Consideramos a la externación en condiciones dignas como parte de un proceso de restitución de algunos de los derechos de las personas actualmente internadas, que puede gradualmente revertir daños generados por la institucionalización y/o cronificación, así como también el propio deterioro del padecimiento mental.

Crear y recrear intervenciones requiere desarrollar prácticas que movilicen a los/as diferentes actores involucrados/as en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, entendiendo que las transformaciones pueden y deben darse en conjunto y no de forma fragmentada o individual.

Bibliografía

- Bárcena, F. (2010) *Revista de Currículum y Formación de Profesorado* “Entre generaciones. La experiencia de la transmisión en el relato testimonial”. núm. 3, vol. 14, pp. 33-47. Universidad de Granada, España.
- Barraco Ángel (2014) “Argentina ¿Vivir sin manicomios?” en Revista Topía.
- Barroco, M.L. (2003) *Los fundamentos socio históricos de la ética*. EN: Borgiani, E., Guerra, Y., y C. Montaña, C. En: Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional. Cortez editora, San Pablo.
- Foucault, Michel. (2002) *Vigilar y castigar : nacimiento de la prisión*.- 1a, ed.-Buenos Aires : Siglo. XXI Editores. Argentina.
- Guerra, Yolanda (2015) *Instrumentalidad del proceso del trabajo y Trabajo Social*. 4ta publicación de la Comp. En Trabajo Social: Fundamentos y contemporaneidad. Colección Debates en Trabajo Social. Colegio de Trabajadores Sociales de La Provincia de Buenos Aires. La Plata.
- Goffman, E. (1961) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editorial Amorrortu, Buenos. Aires. v
- Jelin, E. (2002) *Los trabajos de la memoria*. Editorial Siglo XXI España editores, España.
- Ley nacional de Salud Mental 26.657
- Oliva, A.- Mallardi, M. (2012) *Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. UNCPBA, Buenos Aires.
- Ottaviano, Liliana (2011). *La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental*. Revista Electrónica de Psicología Política Año 9 N° 26, pp. 44. San Luis, Argentina
- Rotelli, F. (2014). *Para desmanicomializar bien*. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-254476-2014-09-04.html>