Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2013

Derecho al Trabajo en el Campo de la Salud Mental : ¿Cómo ejercen su derecho al trabajo las personas en sufrimiento mental que concurren al Dispositivo de Atención Psicosocial de la ciudad de Mar del Plata?

Oyón, Ana Laura

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/122

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
LIC. EN SERVICIO SOCIAL

TESIS DE GRADO

Derecho al Trabajo en el Campo de la Salud Mental

¿Cómo ejercen su derecho al trabajo las personas en sufrimiento mental que concurren al Dispositivo de Atención Psicosocial de la ciudad de Mar del Plata?

Ana Laura Oyón

Director: *Lic. Rubens Ramón Méndez*

Co-directora: *Lic. Patricia Blanc*

-2013-

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a quienes me han acompañado durante este proceso.

A mi familia, que a pesar de la distancia, nunca dejó de apoyarme y acompañarme en cada decisión. Sin su sostén, afectivo y económico, no sólo no podría haber iniciado este recorrido, sino que no sería quien soy.

A mis amigos, los de lejos y los de cerca, los que han compartido mi historia y con los que comparto la cotidianeidad. Porque sin su amistad nada sería posible.

A mis compañeros, con quienes fui construyendo a lo largo de estos años de estudio y discusión, mi propia conceptualización del Trabajo Social.

A los docentes y Trabajadores Sociales con los que me ha cruzado la vida; aquellos que comparten mi visión de la profesión, pero también a quienes me han hecho confrontar con otras posturas, poniendo a prueba mi necesidad de mantener una coherencia entre las dimensiones ética, política, teórica y metodológica.

A las tres personas que han aceptado acompañarme en la producción de esta tesis y me han aportado sus valiosas críticas, conocimientos y observaciones: Rubens Méndez, Patricia Blanc y Carola Ianantuony.

Y especialmente, a quienes conforman el Taller Fantasía, que me han permitido ser parte de ese espacio y acercarme a cada una de sus historias. Sin su palabra esta investigación no tendría sentido.

¡Gracias!

Ana Laura Oyón.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN……..……..4

II. **FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES**…….…..5

III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Delimitación del tema y **Objetivos de Trabajo**.....…..……9

Metodología Cualitativa…….……..…..…….....10

Métodos y Técnica…….…….……..……..11

IV. ASPECTOS TEÓRICO-EPISTÉMOLÓGICOS

IV.I SALUD MENTAL

- **El campo de la Salud Mental.** Una mirada desde el Trabajo Social. Conceptualización y Vinculación histórica……13

- **Los Manicomios como instrumento de la Modernidad**.....19

- **La Salud Mental en los diferentes Modelos de Acumulación implementados en Argentina**……23

IV.II TRABAJO SOCIAL

- **Contexto de invención de las Ciencias Sociales en general y del Trabajo Social en particular**……32

- **Recorrido Histórico del Trabajo Social en Argentina.** El Trabajo Social dentro del Campo de la Salud Mental…….……..36

IV.III. TRABAJO

- **¿De qué hablamos cuando hablamos de Trabajo?**.....47

- **¿Por qué hablar de Trabajo desde el Trabajo Social dentro del campo de la Salud Mental?**.....52

- **El Trabajo dentro del campo de la Salud Mental**……..……56

- **Del Trabajo como Terapia al Trabajo como Derecho**……71

IV.IV. EL TRABAJO COMO VECTOR DE INTEGRACIÓN SOCIAL…....77

IV.V. CONTEXTO JURÍDICO-LEGAL

- **La Constitución Nacional y los Tratados Internacionales con jerarquía Constitucional**……....82

- **Ley 22.431:** "Sistema de Protección Integral de los Discapacitados"..89

- **Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657**.....91

V. MARCO INSTITUCIONAL

Dispositivo de Atención Psicosocial (D.A.Ps)……97

Taller "Fantasía"……..99

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS……102

VII. CONCLUSIÓN……124

VIII. ANEXO……133

IX. BIBLIOGRAFÍA……...135

I. INTRODUCCIÓN

La presente tesis de grado, se realiza en el marco de la Licenciatura en Servicio Social, perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Se denomina *"**Derecho al Trabajo en el Campo de la Salud Mental**. ¿Cómo ejercen su derecho al trabajo las personas en sufrimiento mental que concurren al Dispositivo de Atención Psicosocial, de la ciudad de Mar del Plata?".*

Dicha investigación, exploratoria y descriptiva, es llevada a cabo desde una metodología cualitativa. Con la intensión de cuestionar, la manera en que se plantea al trabajo dentro del campo de la Salud Mental; repensando el sentido que éste tiene para las personas en sufrimiento mental. Es decir, se abordará tal análisis, tomando a la categoría trabajo, como posibilidad de ejercicio de derecho y como principal vector de integración social.

II. FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

La presente investigación, toma como punto de partida los interrogantes generados durante la práctica institucional supervisada, llevada a cabo en un Centro de Día para personas con padecimiento psíquico crónico , denominado Centro de Promoción Social ,de la ciudad de Mar del Plata, en el marco de la cátedra de Supervisión, perteneciente al último año de la Licenciatura en Servicio Social.

Dicha práctica, realizada durante el año 2011, impulsa el siguiente trabajo, evidenciando la necesidad de repensar, en otros ámbitos de intervención, la complejidad de la situación laboral, es decir, cómo las personas en sufrimiento mental ejercen su derecho a trabajar; qué "sentidos" le otorgan a trabajar.

En cuanto a los antecedentes de la presente investigación, se destacan aquellas experiencias de desmanicomialización llevadas a cabo en distintas partes del mundo, que cuentan con estrategias tendientes a lograr la inserción laboral de personas en situación de sufrimiento mental, en el contexto de una atención comunitaria.

Los primeros intentos de reforma buscaban introducir cambios dentro de la propia institución manicomial, como la Psicoterapia Institucional Francesa, donde aparecía el trabajo, pero con una función terapéutica, como "una importante actividad que ofrecía a los internados las posibilidades de participación y de asumir responsabilidades" (Amarante; 2009:45).

A nivel nacional, existen diferentes experiencias, sólo a modo de ejemplo puede mencionarse la ley 2.440 de la Provincia de Río Negro, que en su artículo 6 expresa "*La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la presente ley constituyen un derecho y un recurso terapéutico*", reaparece así el trabajo pensado desde lo "terapéutico", surgiendo, en dicha provincia, la Empresa Social, como alternativa superadora. También en la provincia de Chubut, donde en el año 2009 se promulgó la ley 3.844 de Salud Mental, destaca la presencia de una empresa social, "Hilando Caminos", como una iniciativa promovida desde la Dirección Provincial de

Salud Mental Comunitaria con el objetivo de facilitar la reinserción laboral, social y cultural de las personas en sufrimiento mental.

Si ampliamos nuestra mirada al contexto latinoamericano, veremos la fuerte presencia de Brasil en todo lo que a estrategias de atención en Salud Mental comunitaria y psicosocial se refiere. La Ley 9.867, de 1999, instituyó las cooperativas sociales "creadas con la finalidad de insertar por medio del trabajo a las personas con desventaja en el mercado económico [...] en San Pablo, los Centros de Convivencia y Cooperativas (Cecco), posibilitan espacios de sociabilidad, de redes sociales de solidaridad y promueven el encuentro entre sujetos de diversos orígenes y condiciones sociales y culturales" (Amarante; 2009: 92).

Estas experiencias, presentan como punto en común, la posibilidad de repensar al trabajo como un derecho; el análisis de las dificultades que presentan las personas en sufrimiento mental para acceder a un empleo formal y, especialmente, el relevante papel atribuido al trabajo en el proceso terapéutico y de rehabilitación.

Sin embargo, ¿no se desdibuja al trabajo como derecho al remarcarse su particular función terapéutica dentro del grupo sujeto de investigación? ¿Sería posible entender al trabajo como terapéutico en el mundo capitalista en que vivimos? ¿O estaríamos hablando de un oxímoron?, ¿Se corre el riesgo de 'opacar' la centralidad del derecho al trabajo, en una población-sujeto de investigación donde el discurso central remite al Derecho a la Salud? .Es decir, ¿ya no sería suficiente exigirlo, por el solo hecho de constituir un Derecho Humano inalienable?

Estamos hablando de un Derecho Humano y como tal inherente a toda persona. Ya en 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos, dejaba expuesto en su artículo 23, el Derecho al Trabajo, el cual también es reconocido por la Constitución Argentina, en sus artículos 14, 14bis. y 16.

Pero, si comprendemos a la historia de "la locura" como la historia de reiterados abusos contra los derechos humanos, como una historia que niega la existencia de estas personas como sujetos de derecho; que los priva de su libertad. Es en tal contexto, donde se han hecho necesarios, instrumentos jurídicos específicos para esta población. Como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, cuyo artículo 27 se titula Trabajo

y Empleo, "*derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad*". Y más recientemente, la sanción en nuestro país, de la Ley Nº 26.657, un instrumento a utilizar para efectivizar la protección y el pleno goce de los derechos humanos de todas las personas en sufrimiento mental.

Cabe aclarar, que si bien se entiende que la población sujeto de investigación, integra el campo de la discapacidad, esta investigación responde a un recorte de la realidad, en respuesta, tanto al espacio empírico que suscitó los primeros interrogantes, como al interés y a la formación teórica de quien se dispone a realizar la presente tesis de grado. En este sentido, se sostiene que, aunque desde el marco jurídico se contextualice a los sujetos en sufrimiento mental como personas 'en situación de discapacidad', detenernos en cómo ejercen el derecho a trabajar personas con otras discapacidades, no sólo requeriría mayor grado de complejidad, sino que desviaría el foco de estudio.

Pero, ¿Por qué focalizarnos en el Derecho al trabajo y no en cualquier otro? ¿Qué vemos en él de distintivo? ¿Por qué sería relevante desde el Trabajo Social comprender como ejercen su derecho al trabajo las personas en sufrimiento mental?

En principio, porque nuestra profesión no puede desvincularse de aquello que ha sido denominado "Cuestión Social". Pueden encontrarse autores que mencionen la existencia de una vieja y una nueva cuestión social, haciendo referencia a la explotación por un lado y a la exclusión por el otro, sin embargo, en ambas, el eje es la relación entre el capital y el trabajo, Castel nos dirá que "la cuestión social no se reduce a la cuestión de la exclusión. Exclusión o disgregación son el efecto de una conmoción general cuyas causas se hallan en el trabajo y su modo de organización actual" (1996: 2). "Hoy el problema no reside solamente en la situación de explotación de los trabajadores, sino en la situación de los que ni siquiera están explotados, es decir, de aquellos que hasta han sido despojados, expropiados del ejercicio de la capacidad humana de trabajar" (Castronovo, Hopenhayn; 1998:281)

Entonces, ¿que sucede cuando se entrecruzan estas dos lógicas de exclusión?, aquella que separa la razón de la locura y aquella generada por quienes acceden o no a un trabajo, por el reconocimiento o no de aquel derecho humano básico. Tratándose de una población que históricamente fue construida como “diferente”; tales interrogantes suscitados, justifican e impulsan la presente investigación.

III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Delimitación del Tema

¿A que nos referimos cuando hablamos de Derecho al Trabajo en el campo de la Salud Mental? ¿Este Derecho adquiere características particulares al hablar de la población sujeto de investigación? en tal sentido, ¿qué implica ejercer este derecho para las personas en Sufrimiento Mental?

La presente investigación, analizará cómo ejercen su derecho a trabajar las Personas en Sufrimiento Mental que concurren al Dispositivo de Atención Psicosocial de la ciudad de Mar del Plata, desde la perspectiva del 'sujeto de la experiencia'.

Objetivos de Trabajo

- Investigar las modalidades de trabajo a las que han tenido acceso las personas en sufrimiento mental, que concurren al Dispositivo de Atención Psicosocial de la ciudad de Mar del Plata.
- Describir las estrategias que han desarrollado para ejercer su derecho a trabajar, las personas que concurren al Dispositivo de Atención Psicosocial de la ciudad de Mar del Plata.
- Investigar que "sentidos" otorgan al trabajo las personas en sufrimiento mental que concurren al Dispositivo de Atención Psicosocial de la ciudad de Mar del Plata.
- Analizar el marco jurídico-legal referido al derecho al trabajo en el campo de la Salud Mental.

Metodología Cualitativa

La realización de la presente investigación, se desarrollará desde la perspectiva de una metodología de tipo cualitativa, es decir aquella "que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable" (Taylor, Bogdan; 1987:20).

La misma exige un diseño de investigación flexible, lo que implica que "durante el transcurso de la indagación el investigador podrá estar abierto a lo inesperado, modificará sus líneas de investigación y los datos a recabar en la medida en que progresa el estudio, y será proclive a revisar y modificar imágenes y conceptos del área que estudia. Además, los datos producidos con este diseño flexible son descriptivos [...] se intenta captar reflexivamente el significado de la acción atendiendo a la perspectiva del sujeto o grupo estudiado" (Mendizábal en Vasilachis de Gialdino; 2006: 68). En este mismo sentido, Taylor y Bogdan nos hablarán de la investigación cualitativa como un arte: "el científico social cualitativo es alentado a crear su propio método (Mills, 1959). Se siguen lineamientos orientadores, pero no reglas. Los métodos sirven al investigador; nunca es el investigador el esclavo de un procedimiento o técnica" (1987:23).

La metodología cualitativa, se caracteriza por ser principalmente inductiva, es decir que "los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos" (Taylor, Bogdan; 1987:20). En ella, "el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística, […] es sensible a los efectos que el mismo causa sobre las personas que son objeto de su estudio, […] suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones, […] no busca "la verdad" o "la moralidad" sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas, […] da énfasis a la validez en su investigación […] están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace" (Taylor, Bogdan; 1987:21).

Métodos y técnicas

Se trata de una investigación de tipo Exploratoria, entendiendo que la misma abordará una temática que ha sido poco estudiada y que su realización permitirá un acercamiento a la comprensión de la situación laboral de las personas en sufrimiento mental.

Este tipo de estudio "se caracteriza por ser más flexible […], más amplio y disperso […]. Asimismo, implica un mayor "riesgo" y requiere gran paciencia, serenidad y receptividad por parte del investigador" (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio; 1998: 59)

Sin embargo, la investigación presentará también, ciertos rasgos característicos de los estudios descriptivos, intentará dar cuenta de cómo es y se manifiesta determinada situación según las personas-sujetos de investigación. "Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986) Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar" (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio; 1998: 60)

En cuanto a las técnicas a utilizar en la recolección de datos, se consideran de relevancia el análisis documental, la entrevista en profundidad y, como complemento de esta última, la observación participante.

Al considerar las técnicas documentales, debe tenerse en cuenta que "los documentos deben ser interrogados, observados y entrevistados como se hace con cualquier evento o texto social, colocándose frente a ellos de manera dinámica e interactiva con el fin de dilucidar los rastros y huellas que hagan posible su contextualización" (Vélez Restrepo; 2003: 123).

Al hablar de entrevistas en profundidad, estamos haciendo referencia a aquellos "encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el

propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas" (Taylor, Bogdan; 1992).

Dichas entrevistas buscarán recabar información relevante para la temática en cuestión, puntualmente serán entrevistas enfocadas, es decir, aquellas que se "concentran en el esclarecimiento de determinados aspectos de una situación o estímulo en función de las experiencias subjetivas o respuestas de un grupo de personas en el marco de un tratamiento homogéneo" (Merton, Fiske, Kendall; 1956).

Como se dijo, se considera complementaria de esta última técnica, la observación participante, "en donde el observador es también actor. Esta posición permite pasar de una observación superficial a una observación desde el interior, en donde se privilegia la experiencia vivida de la situación, la significación dada a los gestos, a los comportamientos de los actores" (De Robertis, 1994:62).

La presente investigación se desarrollará en una institución perteneciente al campo de la salud, tomando como población sujeto de investigación, las Personas en Sufrimiento Mental que concurren al Dispositivo de Atención Psicosocial de la ciudad de Mar del Plata.

En este proceso de investigación se utilizará el criterio de saturación; "el criterio para juzgar cuando cesa el muestreo de diferentes grupos pertinentes a una categoría es la saturación teórica de esa categoría. Saturación significa que ninguna información adicional se hallará por la cual el sociólogo pueda desarrollar propiedades de la categoría. A medida que ve ejemplos similares una y otra vez el investigador adquiere confianza empírica de que una categoría está saturada" (Glaser, Strauss; 1967).

IV. ASPECTOS TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICOS

VI. I. SALUD MENTAL

El campo de la Salud Mental. Una mirada desde el Trabajo Social. *Conceptualización y Vinculación histórica.*

"Si existen relaciones de poder a través de todo el campo social,
es porque existen posibilidades de libertad en todas partes"
(Foucault; 1992)

Se intentará dar comienzo a este recorrido explicitando lo que se entiende por campo de Salud Mental, así como su vinculación con la profesión en cuestión, es decir, el Trabajo Social.

Se entiende a la Salud Mental como un complejo proceso social, que "no puede ser reducido al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales" (Amarante; 2009:18). Se trata de un campo de conocimiento y actuación extremadamente complejo, intersectorial e interdisciplinario, que no debe simplificarse al ejercicio de la disciplina psiquiátrica. Al decir de Paulo Amarante, "Al contrario de la psiquiatría, la salud mental no se basa en un solo tipo de conocimiento, la psiquiatría es desarrollada por sólo o fundamentalmente, un profesional, el psiquiatra. Cuando nos referimos a la salud mental, ampliamos el espectro de los conocimientos involucrados, de una forma tan rica y polisémica, que encontramos dificultad para delimitar sus fronteras, saber donde empiezan o terminan sus límites" (2009:17).

A esta dificultad por definir sus fronteras, se suman las transformaciones que este concepto sufre a lo largo de la historia y según los contextos; "[…] se trata de un término cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana o enferma,

varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico. […] un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que emerge" (Amico; 2005:17).

Si se habla de campo, se considera indispensable hacer referencia a Pierre Bourdieu, para luego llegar a la definición que sobre tal concepto construye. Dicho autor intenta terminar con falsas dicotomías que impiden construir una sociología total, como son la oposición entre empirismo/racionalismo, entre individuo/sociedad y entre subjetivismo/objetivismo. "[…] todo acto de investigación es, a la vez, empírico y teórico. Así, la más pequeña operación empírica –la elección de una escala de medida, la inclusión de un ítem en un cuestionario, etc.- implica elecciones teóricas conscientes o inconscientes, mientras que la más abstracta de las dificultades conceptuales no puede ser completamente resuelta sino por medio de una confrontación sistemática con la realidad empírica." (Bourdieu *en Gutiérrez;* 1995:15).

Busca sustituir la rivalidad entre individuo y sociedad por una relación construida entre los dos modos de existencia de lo social, las estructuras sociales externas, lo social hecho cosas, los campos de posiciones sociales históricamente constituidos; y las estructuras sociales internalizadas, lo social hecho cuerpo, el habitus.

Campo y Habitus serán los conceptos centrales de Bourdieu, los campos sociales son "**espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias**" (Bourdieu; 1988:108) "mientras que *el habitus* toma la forma de un conjunto de relaciones históricas incorporadas a los agentes sociales. […] **un campo no es una estructura muerta, es un espacio de juego que existe en cuanto tal, en la medida en que hay jugadores dispuestos a jugar el juego, que creen en las inversiones y recompensas, que están dotados de un conjunto de disposiciones que implican a la vez la propensión y la capacidad de entrar en el juego y de luchar por las apuestas y compromisos que allí se juegan." (Bourdieu *en Gutiérrez*; 1995:24)**

Este autor logrará extender los conceptos de capital e interés más allá del campo estrictamente económico, "pueden explicarse todas las prácticas,

incluso aquellas que se pretenden desinteresadas o gratuitas, como prácticas económicas, como acciones orientadas hacia la maximización del beneficio, material o simbólico." (Bourdieu *en Gutiérrez;* 1995:27)

En este sentido, al hablar de un Campo de la Salud Mental, estamos dando por supuesto que la diversidad de agentes que intervienen en él, profesionales de diversas disciplinas, personas en sufrimiento mental, familiares; desempeñan una variedad de estrategias en la lucha por el capital en juego, de acuerdo a la posición ocupada dentro de dicho campo.

Entre la pluralidad de actores que luchan por este capital en juego, se encuentra el Trabajador Social, con un saber específico a aportar en dicho campo, " […] el trabajo social ocupa en el campo de la salud mental un lugar que en algún momento estaba vacante por otros saberes" (Méndez; 2006:64), un lugar que busca correr a la enfermedad del centro de la escena y posicionar en dicho espacio al "sujeto de la experiencia" (Amarante; 2009).

Pues, "la práctica del Trabajo Social comienza a incorporar el discurso propio de las personas y documentar lo real de las prácticas sociales, allí donde estas se constituyen. […] no normaliza los discursos sino que los pone en escena en toda su materialidad […]" (Méndez; 2008); posibilitando e impulsando un rol activo en aquellos que han sido reconocidos durante gran parte de la historia como "pacientes" (con la pasividad que dicha palabra implica).

Es decir, dando lugar a una historicidad que les había sido negada mediante la pretensión de objetividad de las ciencias; relativizando el lugar del diagnóstico clínico, cuya forma de etiquetar a las personas, logra en muchas circunstancias, hacerla desaparecer detrás del gran muro impuesto por lo que se considera su "Enfermedad".

Sin embargo, no siempre ha sido (ni es) así. El trabajo Social, al igual que otras profesiones, entre las que puede mencionarse la psiquiatría, ha oscilado entre el control, el disciplinamiento y aquello que denominamos inclusión social.

Para comprender estas contradicciones, deberíamos remontarnos al nacimiento, o mejor dicho al momento de "invención" de las Ciencias Sociales.

Foucault toma a Nietzsche para hablar de invención en contraposición a origen, "Nietzsche afirma que, en un determinado punto del tiempo y en un determinado lugar del universo, unos animales inteligentes inventaron el conocimiento. La palabra que emplea, invención —el término alemán es Erfindung- reaparece con frecuencia en sus escritos, y siempre con intención y sentido polémicos. **Cuando habla de «invención» tiene en mente una palabra que opone a invención, la palabra «origen».** Cuando dice «invención» es para no decir «origen», cuando dice Erfindung, es para no decir Ursprung." (Foucault; 1992). **Re- crea el término invención para poder hacer referencia a un contexto histórico determinado, para aludir a una intencionalidad que hizo posible el surgimiento de algo, para corrernos de aquellos orígenes casi mágicos y por tanto incuestionables, que son tomados como continuidad de la naturaleza. "A la solemnidad del origen es necesario oponer, siguiendo un buen método histórico, la pequeñez meticulosa e inconfesable de esas fabricaciones e invenciones." (Foucault; 1992).**

Es en este sentido, que diremos que las Ciencias Sociales han sido "inventadas" en el seno de aquella sociedad, denominada por Foucault, "Sociedad Panóptica", donde acaba por generalizarse el Poder Disciplinario, aquel que se caracteriza "por implicar no una sustracción del producto, de una parte del tiempo o de tal o cual categoría de servicio, sino una captura total o, en todo caso, que tiende a ser una captura exhaustiva del cuerpo, los gestos, el tiempo, el comportamiento del individuo […] Implica un procedimiento de control constante; en el sistema disciplinario uno no está a la eventual disposición de otra persona, sino perpetuamente bajo la mirada de alguien o, en todo caso, en situación de ser observado" (2007: 66-67).

En este contexto, nuestra profesión se fue consolidando en base a ciertos "discursos del Otro, los cuales se constituyeron dentro de la modernidad como fundamentos y aplicación del disciplinamiento de determinados sectores de la sociedad" (Carballeda; 2004:172).

Bajo estas mismas premisas apareció en escena la psiquiatría y su gran representante institucional: "El Manicomio". "Una sociedad para ser civil debe ser racional. Es por eso que desde ese momento [Revolución Francesa] todo aquello que es irracional debe ser controlado por la razón. Es así como nace la

institución racional del manicomio, que encierra a la irracionalidad. Una persona loca se vuelve nuevamente racional en el momento en el que es internada en un manicomio. Loco, desequilibrado, son palabras genéricas, abstractas. Pero cuando se dice "enfermo mental" esta persona se vuelve concreta y es aceptada por el mundo en que vivimos, y cuando se dice "esquizofrénico" es todavía más aceptada porque está claro para todos que la casa del enfermo mental, del esquizofrénico, es el manicomio. Este es el lugar que hace posible su aceptación por parte de la sociedad racional" (Basaglia; 2008:58).

Se trata de la invención de ciencias encomendadas a dar respuesta a un concepto que empezaba a tomar forma dentro de la sociedad, el concepto de "Peligrosidad". "El control de los individuos, esa suerte de control penal punitivo a nivel de sus virtualidades no puede ser efectuado por la justicia sino por una serie de poderes laterales, al margen de la justicia, tales como la policía y toda una red de instituciones de vigilancia y corrección: la policía para la vigilancia, las instituciones psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas y pedagógicas para la corrección" (Foucault; 1992).

Ya no bastaba con castigar una acción efectivamente desarrollada o buscar descubrir si se ha hecho efectivo o no cierto acto, ahora era necesario controlar la totalidad del tiempo y del cuerpo del sujeto, a fin de prevenir probables "desviaciones" de aquello que estaba establecido como "normal".

Vemos así, como la intervención en lo social nace de la necesidad de clasificar y controlar a aquel reconocido como "fuera de la norma", como capaz de poner en conflicto a la sociedad, de generar algún tipo de desorden. Sin embargo, el modelo conceptual tradicional que sostenía dichas prácticas, hoy es ampliamente cuestionado. **"La naturaleza del campo de la Salud Mental viene contribuyendo para que empecemos a pensar de forma diferente, ya no más en este paradigma de la verdad única y definitiva, sino en términos de complejidad, simultaneidad, transversalidad de saberes, de "construccionismo", de reflexibilidad"** (Spink *en Amarante*; 2009:19).

Hoy el modelo de la complejidad nos invita a afrontar lo que se nos presenta como enredado, como incertidumbre, como contradicción, y es en este contexto que la actuación profesional "se nos presenta como un "espacio

de libertad", ya que se construye en pequeños hiatos, intersticios, lugares, donde es posible reconstruir historicidad, entender a ese otro no como un sujeto a moldear sino como un portador de historia social, de cultura, de relaciones interpersonales" (Carballeda; 2012: 38-39).

Cada uno de los profesionales que encarnan la lucha por los capitales en juego dentro del campo de la Salud Mental, pueden optar por uno de los dos polos, es decir, por una reproducción del viejo (aunque no por eso menos vigente) Modelo Alienista, basado en el concepto de peligrosidad, encierro y exclusión; o por el Modelo Transformador, basado en la Salud Mental Comunitaria; **"estaríamos frente a la construcción de nuevos dispositivos y modalidades de intervención que demuestran en varios aspectos la existencia de una transición, donde aún convive lo viejo con lo nuevo, y de nuevos espacios de incertidumbre" (Carballeda; 2002: 88).**

Eso sí, **habrá que optar por continuar con aquellas prácticas instituidas, que toman la enfermedad como algo natural, externo y permiten (o más bien exigen) prescindir del sujeto; o bien, procurar "inventar" nuevas estrategias de actuación en Salud Mental que nos permitan entender al sujeto en su sufrimiento, "si nos dirigimos a las personas y no a sus enfermedades, podremos vislumbrar espacios terapéuticos en que es posible oír y acoger sus angustias y experiencias vividas, espacios de cuidados y contención afectiva, de producción de subjetividades y de sociabilidades" (Amarante; 2009:71-72).**

En este sentido, no es azaroso hablar de "Persona en Sufrimiento Mental", sino que este modo de nombrar implica no sólo una decisión teórico-epistemológica, sino también metodológica-instrumental y, sobre todo, una decisión ético-política, ya que nos obliga a posicionarnos frente a un "Sujeto que sufre", entendiendo que se trata de "una experiencia vivida por un sujeto" (Amarante; 2009:68), una experiencia que no puede ser reducida a un diagnóstico clínico; que jamás hará aparecer al, en tanto no se establezca un vínculo capaz de hacer surgir un discurso propio.

Resulta pertinente tener presente, que el Trabajo Social "tiene en la cuestión social la base de su fundación como especialización del trabajo. Cuestión social aprehendida como el conjunto de las expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura, que tiene una raíz común: la

producción social es cada vez más colectiva, el trabajo se torna más ampliamente social, en cuanto la apropiación de sus frutos se mantiene privada, monopolizada por una parte de la sociedad". (Iamamoto; 1998:27).

Carballeda sostiene que "observar, analizar y estudiar lo microsocial en relación con la intervención implica nuevas formas de aproximación a la cuestión social, donde el protagonista es el propio actor y su singularidad, el mayor aporte" (2002:84), sólo de este modo podríamos acercarnos a lo macrosocial, pero sin perder de vista al sujeto de la experiencia. ***Se trata de lograr "una modalidad discursiva diferente, determinada ahora por el sujeto, por su propia palabra, por su singularidad, a la vez que recupera la importancia de los vínculos de ese sujeto con otros, buscando desde allí una resemiotización de aquello que se construyó discursivamente como hegemónico. Una alteración de la gramática que permita una nueva enunciación de lo real."*** **(Carballeda; 2012: 117)** Será este el desafío a afrontar a lo largo de la presente tesis de grado.

Los Manicomios como instrumento de la Modernidad

"[…] estaría bien al menos atreverse a preguntar ¿quién te ha hecho rey?
A aquel que hace de tí un sujeto-sujetado."
(Castel; 2009)

El presente apartado, se abordará desde una mirada histórica, a fin de visibilizar, la inscripción sostenida de 'nuevos valores', 'valores modernos', en diversos aspectos de la sociedad occidental; cuya influencia adquiere sentido y se efectiviza con tal fuerza, que aunque ampliamente cuestionada, insiste hasta nuestros días.

Antes de que los valores de la modernidad se instaurarán en todos los órdenes de la vida, la denominada "locura" buscaba ser comprendida "dentro de los parámetros de su cultura, mítica, religiosa o filosófica. No había por lo tanto un orden jurídico especial para ellos, no existía una disciplina única que sistematizara un conocimiento sobre la locura, como tampoco una institución o

especialistas que los trataran. El efecto de este ordenamiento fue el de dejar en la misma sociedad y en la cultura de su época la convivencia con estos sujetos y la búsqueda de comprensión y de trato hacia ellos. Esto no significa que se los tratara bien, […] muchos fueron a parar a la hoguera o al destierro, pero no era un destino especial para el loco, ese era también el destino de muchos otros que se definían como peligrosos para el dominio de la religión." (Galende; 2008:143).

A partir del siglo XIX los sujetos en cuestión serán merecedores de un trato y de una comprensión radicalmente distinta: "no más misticismo proclaman: se trata de teorías médicas. No más posibilidades de la conciencia o extravíos de la razón: se trata de enfermedades. No más tema de reflexión filosófica o interpretaciones religiosas: está la disciplina médica legitimada para conocerlas. No más prácticas míticas, religiosas o culturales: se trata de asunto de incumbencia de los médicos. No más que la familia, la comunidad o la sociedad se ocupe de convivir con la locura: para esa tarea está el hospital psiquiátrico." (Galende; 2008: 148)

Se está haciendo referencia al momento de mayor hegemonía del positivismo, de un período de auge del modelo de la simplicidad para interpretar "la realidad" y actuar en ella. Aquella época, aún no del todo abandonada, donde el "desorden" debía ser perseguido y toda contradicción implicaba la clara existencia de un error, donde la ciencia tenía que ser capaz de establecer leyes universales si deseaba ser merecedora de tal nombre y la sociedad necesitaba el establecimiento de dispositivos y mecanismos de control que garantizaran su funcionamiento y la volvieran predecible.

Es en este contexto, durante el siglo XIX, que surge la psiquiatría como disciplina que busca ampararse bajo el poder-saber médico, sostenida por los valores de la llamada "razón moderna". **Es "en el contexto de la razón moderna y en el optimismo de la ciencia positivista, que se construye la anormalidad como enfermedad y se definen los parámetros para su "tratamiento": una vez definido el loco como enfermo mental, ya no se trata de comprenderlo como ser humano en su experiencia de vida, de abrir el interrogante y la duda sobre la locura y el desvío de la razón, sino de "curarlo", contenerlo, disciplinar su conducta, retornarlo a la razón normalizando su pensamiento." (Galende; 2008: 32).**

Como ya se ha mencionado, Basaglia dirá que, a partir de la Revolución Francesa (1789), la irracionalidad debe ser controlada por la razón, y para ello la "locura" debe ser concentrada, encerrada, dentro de los muros del manicomio; institución racional inventada en aquella época y bajo estas premisas.(2008:58).

Podríamos pensar, a priori, que estamos hablando de una institución inventada para excluir a aquellas personas cuyas conductas llevan a identificarlas como "anormales", "peligrosas" y por ende, capaces de poner en riesgo aquel "orden social", requisito fundamental para garantizar el progreso indefinido que la modernidad prometía.

Sin embargo, Foucault nos va a plantear una interpretación distinta: **"en nuestra época todas estas instituciones —fábrica, escuela, hospital psiquiátrico, hospital, prisión— no tienen por finalidad excluir sino por el contrario fijar a los individuos. […] Si bien los efectos de estas instituciones son la exclusión del individuo, su finalidad primera es fijarlos a un aparato de normalización de los hombres." (Foucault; 1992).**

De este modo el autor opondrá la reclusión del siglo XVIII (destinada a la exclusión de los considerados "marginales"), a lo que él denomina la **"red institucional de secuestro"** del siglo XIX; aquel conjunto de instituciones que "incluyen por exclusión" y que tienen por finalidad controlar la totalidad del tiempo y del cuerpo de los individuos.

Ahora bien, *¿con qué fin se realiza este control?;* si tenemos en cuenta el momento histórico al cual nos estamos refiriendo, no sorprenderá que el cuerpo sea sometido a una fuerza capaz de transformarlo, de moldearlo para "adquirir aptitudes, recibir ciertas cualidades, calificarse como cuerpo capaz de trabajar" (Foucault; 1992), del mismo modo, el tiempo también debe convertirse en tiempo de trabajo, en tiempo productivo.

Entonces, *¿Por qué este trabajo que ha sido utilizado como medio de control, hoy queremos revalorizarlo como derecho? ¿Qué significación tiene para las personas en sufrimiento mental el trabajar? ¿Difiere de lo que éste significa para cualquier persona en la actualidad?*

Lo que se intenta, es cuestionar de qué modo son pensadas hoy las políticas laborales en el campo de la Salud Mental, preguntarnos si el trabajo bajo el manto de lo "terapéutico" no continúa estando más cerca de aquel

control total del tiempo y del cuerpo de las personas, que de la efectiva realización de un derecho humano fundamental.

El nuevo modelo nos invita a pensar en la inclusión social, en una sociedad en la que todas las personas participen más allá de las características particulares que nos hacen diferentes; ya no se trata de "corregir ciertos obstáculos personales para que nos adaptemos a una sociedad que funciona correctamente", ni de construir guetos en los que aquellos que son considerados como "peligrosos", en este caso las personas en sufrimiento mental, o las personas en situación de discapacidad en general, puedan ser agrupados y homogeneizados para facilitar su control.

Sin embargo, no se trata de una tarea fácil, no es sencillo romper con una forma de pensar y de actuar que tiene tanta historia, suele ser más fácil construir nuevos dispositivos, coherentes en apariencia con los principios actuales, pero que no han logrado pensarse verdaderamente como parte integrante de la sociedad, que no dejan de alcanzar aquella captura total del cuerpo y del tiempo de las personas y que siguen exigiendo que sean los sujetos, quienes se amolden a la dinámica propuesta, en lugar de considerar que es el dispositivo quien debe dar respuesta a las necesidades particulares de cada sujeto de la experiencia. Es decir, que en última instancia, lo que se espera, es lograr que sea la comunidad, en su totalidad, aquel lugar privilegiado para la inclusión social de todos sus miembros.

La Salud Mental en los diferentes Modelos de Acumulación implementados en Argentina

"[…] la comunidad puede hacer cosas más grandes de las que hace actualmente. Solamente necesitamos que de ese lado y de este del muro podamos construir algo en conjunto, que nos una."
Eduardo Codina, integrante de la radio "La Colifata".
(Kazi, Ajerez; 2008)

Trataremos de enfocarnos particularmente en la manera en que se ha entendido y se ha abordado la Salud Mental en nuestro país, desde una perspectiva histórica. Recordemos que, como ya se ha afirmado, este campo es concebido de modo diferente según el lugar y el período histórico al cual nos estemos refiriendo; "[…] las lógicas que rigen el funcionamiento mental y las normas que regulan las formas de pensar y el comportamiento humano, son siempre epocales, dependen de los momentos de la historia, de los contextos sociales, de la cultura propia de un tiempo y un espacio social, quienes establecen los parámetros de significación y valoración con que el hombre se relaciona con las normas de su sociedad, con las cosas de su mundo y consigo mismo. […] Cada época y cada cultura han construido los significados, valores y sentidos de la cultura y del pensamiento normal y sus desviaciones […]" (Galende; 2008: 32).

En Argentina, los manicomios aparecen hacia fines del siglo XIX. "La institucionalización del orden psiquiátrico, en nuestro país, se realiza entre 1880 y 1910. La Argentina del Centenario pletórica de riqueza y potencialidades comienza a construir hospitales y asilos regionales a lo largo de todo el país para responder a los graves problemas sociales que se denunciaban con respecto a los "enfermos indigentes, alienados e idiotas; así como el tratamiento de males como la tuberculosis y la lepra" (Carpintero; 2007).

Es decir, que la instalación de la institución manicomial, coincide con la consolidación del Estado-Nación, en el marco del Modelo Agroexportador que

Argentina encaraba desde el año 1870, con el fin de incorporarse a la nueva división internacional del trabajo, como país proveedor de materias primas.

Durante este período, los objetivos de las elites ilustradas y de los grandes propietarios terratenientes que conducían el destino del país, eran: "a) la organización nacional; b) la atracción de capitales externos que posibilitaran el desarrollo de formas modernas de producción agropecuaria; c) la promoción de la inmigración europea; d) la educación universal y obligatoria." (Torrado; 2003). No sólo se buscaba "poblar el desierto" sino también transformar sustancialmente la cultura nacional para asimilarla a la europea, a través de una educación homogénea impartida en una sociedad ampliamente heterogénea.

Bajo este modelo, nuestro país sufrió una rápida y fuerte urbanización al tiempo que se iba produciendo una tímida industrialización. En este sentido, si bien se trató de un período donde primó la movilidad social ascendente (tanto inter como intrageneracional), el paisaje de las ciudades se vio modificado por un gran número de personas que llegó a nuestro país y no halló aquella oportunidad laboral tan prometida. **"En este contexto, el manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado para dar una respuesta científica, moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura. […] el objetivo original del establecimiento manicomial fue dar un lugar definido de contención a la locura, la diversidad y la marginalidad improductiva, es decir, al "no trabajo", para limpiar la ciudad y sostener el sistema, aunque por ello legitimara la negación de los derechos individuales y permitiese formas de represión agresivas y "legitimadas" socialmente, aplicadas para "curar" al paciente" (Amico; 2005:26).**

Es decir, en un momento en que el "Trabajo" comenzaba a ocupar un lugar central en las vidas de las personas, enmarcado en lo que se entendía como un proyecto de carácter nacional, la improductividad merecía una mirada especial: si el trabajo era sinónimo de "orden y progreso" para la Nación, su ausencia señalaba la posibilidad del desorden, y por tanto era de una necesidad urgente vigilarlo, controlarlo y castigarlo y/o corregirlo.

Sin embargo, la crisis de los ideales de la "Generación del '80" llevó al establecimiento en nuestro país de la primer Colonia de Alienados (Domingo Cabred), basada en el modelo "Open Door" importado de Europa, que significó un cambio de estrategia respecto a la atención de la 'locura'. "[…] en este caso la clasificación de los internados no se regía por su "peligrosidad" o sus características físicas – al estilo de las enseñanzas del positivismo o de Cesare Lombroso- sino por los oficios que los internos tenían. […] **la primera colonia era un espacio enorme de cientos de hectáreas donde la arquitectura hospitalaria se relacionaba con el trabajo y no con el encierro, en especial desde la perspectiva "terapéutica" de éste.** […] Este cambio de la institución hospitalaria cerrada, por la abierta, implica una permuta en la lógica asilar, pero se presenta como una forma de adaptación del discurso médico a las necesidades del contexto. Ahora, más relacionadas con el trabajo asalariado y la necesidad de aprendizajes de nuevos oficios. A su vez, se presenta como una metáfora de los nuevos tiempos o la proyección a futuro de una sociedad que comienza a otorgar a sus integrantes un valor novedoso. […] El trabajo ahora, desde una perspectiva médica, es un instrumento de cura, aprendizaje e inclusión social." (Carballeda; 2006:38)

Los efectos de la **crisis del ´29**, se hicieron sentir rápidamente en Argentina: disminución de las exportaciones, deterioro de la relación de intercambio entre los productos nacionales y los extranjeros, aumento de la deuda externa y cierre de las fronteras a la inmigración extranjera. Estas consecuencias, llevaron a un cambio en el modo de producción, poniendo en el centro de la escena a la Industria, a fin de sustituir los productos importados. Dicho modelo, "habría de perdurar casi 45 años, aunque […] con sensibles diferencias en las dos estrategias (justicialista y desarrollista) que tienen vigencia efectiva en este lapso." (Torrado; 2003).

Luego de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), comienzan a ser cuestionados los Hospitales Psiquiátricos, dada su semejanza con los campos de concentración. Debemos tener en cuenta, que nos estamos refiriendo al mismo momento en que es sancionada la Declaración Universal de Derechos Humanos, como primera declaración mundial sobre la dignidad y la igualdad inherentes a todos los seres humanos. El horror del mundo frente a las atrocidades sucedidas durante el conflicto

bélico y en la Alemania nazi, no podía permanecer ajeno frente a aquello que sucedía en la cotidianidad de los hospitales psiquiátricos.

En este contexto se producen las primeras reformas de la atención psiquiátrica en Europa, orientadas "por algunos principios básicos: cierre definitivo de los manicomios, entendiendo que el asilo constituía el núcleo central de la atención psiquiátrica, responsable de la relación autoritaria y custodial que la misma instauraba; crear simultáneamente redes para la atención y prevención de salud mental, a través de centros periféricos, servicios comunitarios, etc." (Amico; 2005:46).

Los Organismos Internacionales comienzan a destacar el papel de "lo social" en el campo de la Salud Mental, con lo cual en 1957 la OMS sanciona la propuesta de dirigir los servicios psiquiátricos hacia la Salud Mental. "En todo este movimiento se afirma *un reconocimiento acerca de que el problema del manicomio es social y político, de derechos y de ciudadanía, no es un problema intrapsiquiátrico, por lo cual se debe resolver "desde afuera" de la psiquiatría*. Así se comienza una apertura a la entrada de otras disciplinas y de otros profesionales a las prácticas y a los hospitales psiquiátricos." (Galende; 2008:155).

Sin embargo, no debemos pensar que estos cambios se producen sólo por una cuestión de Derechos Humanos frente a quienes históricamente se les había negado la categoría de sujeto de derecho.

Estamos hablando de un contexto político y económico que favorece este tipo de transformaciones sociales; **"debemos esperar el fin de la Segunda Guerra Mundial para que el capitalismo necesite reformular un nuevo pacto social en el que se debía asegurar el desarrollo económico. Para ello, el Estado debe cumplir la función de brindar seguridad social y económica a los ciudadanos. El Estado de Bienestar, en su formulación keynesiana, establecía un nuevo pacto entre el capital y el trabajo. Podemos señalar que, en este momento, la mitad de las camas de internación en el mundo eran psiquiátricas. Por lo tanto era necesario disminuir esos tremendos costos." (Carpintero; 2007).**

No debemos olvidar, que se trataba de un período de posguerra, donde la mayoría de los países del mundo estaban devastados y debían remontar sus economías acrecentando la producción, pues teniendo a la mayoría de sus

hombres en edad de trabajar, seguían sufriendo las consecuencias directas de la guerra.

No sólo resultaba imposible mantener las grandes estructuras edilicias que constituyen los manicomios, sino que además, no podían darse el lujo de mantener e ese gran porcentaje de población sin estimular su capacidad productiva; había que explotar la fuerza de trabajo de la mayor cantidad de personas, si se quería sacar adelante a los países, en especial en aquellas zonas que habían participado directamente en la contienda. "De esta manera, los manicomios comienzan a ser reestructurados en diferentes países de Europa y EE.UU., dando cuenta de nuevas experiencias institucionales como las Comunidades Terapéuticas, los Hospitales de Día y el trabajo preventivo con la comunidad. Para ello se utilizaban los instrumentos que proporcionaban el psicoanálisis, la psicología institucional y la psiquiatría social." (Carpintero; 2007).

Volviendo a nuestro país, estos cambios comenzaron a implementarse durante el modelo desarrollista (1958-1972), donde la burguesía industrial nacional se alió con el capital extranjero. A diferencia del modelo justicialista (1945-1955), este momento basó la industrialización en bienes intermedios y de consumo durable, destinados a la clase de ingresos más altos; esto la transformó en una estrategia modernizadora, pero también concentradora y excluyente.

En este sentido, no debemos perder de vista que, **en el momento en que se empieza a hablar del "campo de la salud mental, como aglutinador de esta nueva corriente que pretende superar el manicomio como forma de asistencia" (Carpintero; 2007), se produce un deterioro generalizado de los niveles de vida, que se hacen evidentes especialmente en la salud y la educación públicas.**

"[…] Si bien el desarrollismo indujo un elevado crecimiento económico global y una innegable modernización de la estructura social, ambos elementos se lograron al precio de marginar a una parte considerable de la población de los logros del desarrollo económico. En otras palabras, muchos de los fenómenos por los que sería posteriormente anatematizado el modelo aperturista, se inician en realidad durante la vigencia del desarrollismo." (Torrado; 2003).

Carpintero señalará tres sucesos cruciales para la Salud Mental Argentina, producidos a partir del año 1957:

1) Se crea el Instituto Nacional de Salud Mental. El cual se incluye en una serie de medidas comprometidas con las nuevas concepciones dentro de la Salud Pública.

2) El Dr. Mauricio Goldenberg funda el primer Servicio de Psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir fuera de un Hospital Psiquiátrico y

3) Se crea la carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Aunque, en 1953, se había iniciado la carrera de Psicólogo en Rosario, la importancia de su creación en la UBA deviene de la influencia que tiene el psicoanálisis y la masividad de su matrícula. (Carpintero; 2007)

Amico coincidirá que, "a ese período corresponden la creación de los primeros Centros de Salud Mental, los Servicios de la especialidad en hospitales generales, y los primeros avances sobre el poder de los manicomios." (2005:48).

Pero como es ampliamente conocido, la dictadura militar que se instaura en Argentina desde los años 1976 a 1983, no dejará ileso ningún aspecto nacional, ya sea político, económico o social. Todas las esferas de la vida serán invadidas por el terror y todo atisbo de innovación y de participación irá cediendo lugar al silencio y al repliegue en la individualidad como única protección frente a las amenazas de muerte y desaparición.

"La dictadura militar instala el Terror de Estado y el miedo se inscribe en la subjetividad determinando la ruptura de los lazos de solidaridad. La acción sistemática del terrorismo de Estado para los líderes políticos, sindicales y sociales, tiene como objetivo imponer una política económica y social que, con diferentes variantes llega hasta nuestros días. En esta perspectiva se destruyeron los servicios de Salud Mental. La mayoría de los hospitales y Centros de Salud Mental fueron intervenidos por una burocracia cívico-militar para llevar adelante la Doctrina de la Seguridad Nacional." (Carpintero; 2007).

Es decir que, aquellos pequeños avances que se venían produciendo a nivel de la Salud Mental, retroceden o desaparecen durante este sangriento período de la historia Argentina.

Susana Torrado ubicará este momento dentro del "Modelo Aperturista", que según esta autora continuará hasta el año 2002. "Puede caracterizarse al nuevo bloque dominante como una alianza entre el estamento militar y el segmento más concentrado de la burguesía nacional y de las empresas transnacionales. […] las Fuerzas Armadas llegaron entonces al poder con intereses que claramente sobrepasaban la esfera de lo económico, apuntando a lograr un disciplinamiento social generalizado mediante un cambio drástico de la antigua estructura de relaciones económicas, sociales y políticas. […] el empeoramiento de las condiciones laborales y de bienestar en tan corto lapso es un buen indicador de la eficacia con que funcionó el 'disciplinamiento social'. Visto lo cual, calificar el balance de esta gestión en relación con la estructura social no es una tarea compleja: además de 'concentradora', esta estrategia es también violenta y explícitamente 'excluyente'; sólo que se trata ahora de una 'exclusión' sin modernización social ni crecimiento económico global." (Torrado; 2003).

El regreso a la Democracia, en diciembre de 1983, bajo el gobierno de Raúl Alfonsín, permitió que se retomara una política de Salud Mental. "Desde la perspectiva de Atención Primaria en Salud se realizan experiencias, como la del Plan Piloto de Salud Mental (La Boca-Barracas), que se agotan rápidamente por falta de un presupuesto adecuado y una decisión política para continuarlas. El mayor logro fue la reforma antimanicomial realizada por Hugo Cohen, en la provincia de Río Negro." (Carpintero; 2007)

Sin embargo, estas experiencias comienzan a chocar con los valores impuestos por el neoliberalismo, que si bien venía implementándose en nuestro país desde el golpe militar, toma mayor fuerza en la década de los ´90 a través del Consenso de Washington, documento adoptado a partir de una reunión realizada en dicho estado en 1989, entre académicos y economistas norteamericanos, funcionarios de gobierno argentinos y funcionarios del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional.

Se trató de un cuestionamiento a la función distributiva del Estado, promulgando la disminución de los gastos públicos (justamente entendidos como gastos y no ya como inversiones), la eliminación de subsidios a los productos de primera necesidad, la desaparición del control de precios y el

congelamiento de los salarios; todo lo cual llevaría a una libertad de mercado sin restricciones.

Bajo este modelo, **"La salud queda en manos del mercado. Es decir, de los grandes laboratorios y empresas de medicina. Su consecuencia es una derechización de la gestión de las crisis sociales que modificará las reglas de juego en el campo de las políticas sanitarias. El Estado desaparece en su función social de atender la salud pública. De esta manera se produce el desmantelamiento de las instituciones públicas ya que, la salud queda en manos de la iniciativa privada donde su eje es costos-beneficios." (Carpintero; 2007)**

Es decir, la Salud Mental sólo importará, si quien sufre, tiene un poder adquisitivo capaz de afrontar los altos costos que implica su tratamiento, entendido principalmente como el acceso a los nuevos psicofármacos, cuyos logros son ampliamente promocionados por los laboratorios. Carpintero continúa "A los locos si son pobres se los ignora. Hoy la Salud Mental es para los que tienen plata. Los pobres no pueden obtener del Estado aquellos servicios a los cuales tienen derecho. Su salud depende de profesionales que tratan, parcialmente, de dar cuenta de su padecimiento psíquico en instituciones públicas cuyo abandono refleja esta situación." (2007).

En este sentido, se piensa que la **Ley de Salud Mental 26.657** que se ha sancionado en nuestro país a fines del 2010, no debe interpretarse sin tener en cuenta todas las transformaciones que se han dado a lo largo de la historia, en respuesta a las crisis cíclicas atravesadas por el capitalismo. Debe entendérsela como parte de un proceso más amplio iniciado en el año 2003, en respuesta a una sociedad devastada por la crisis económica, política y social, que hace eclosión en el 2001 y deja a la población totalmente descreída del valor de la política.

Sin embargo, comprender que la elaboración o no de leyes responde a determinadas estrategias políticas, así como a determinado contexto histórico, no debe hacernos subestimar los efectos que esta ley tiene (y tendrá) en el campo de la Salud Mental a nivel Nacional, desde el momento en que reconoce a la persona en sufrimiento mental como "Sujeto de Derecho" y establece lineamientos a ser respetados en toda la extensión de nuestro país.

Es en este marco, que el presente trabajo exige pararnos frente al 'sujeto de la experiencia', al sujeto que sufre, pero esencialmente nos obliga a enfrentarnos a un sujeto de derecho. Pues, sólo desde allí, será posible analizar la manera en que las personas en sufrimiento mental ejercen su derecho al trabajo, tomando al mismo, como vector principal de integración. Entendiéndolo, como soporte de la dignidad y la ciudadanía, pero, sobre todo, como uno de los derechos humanos fundamentales, que hace a la esencia de toda persona.

VI. II. TRABAJO SOCIAL

"La verdad está en nuestra práctica cotidiana,
en el romper ideas preconcebidas,
en el tomar distancia del pesimismo de nuestra razón
dándonos fuerza para poner en acto
una práctica optimista"
(Basaglia; 2008)

Contexto de invención de las Ciencias Sociales en general y del Trabajo Social en particular

El Trabajo Social se va consolidando como profesión, en el mismo momento en que se va constituyendo el Estado-nación argentino, es decir que su desarrollo será simultáneo al de los hospitales psiquiátricos.

En este contexto (fines del siglo XIX y principios del XX) comienza a emerger una significativa preocupación por la "Cuestión Social": "manifestación de las desigualdades y antagonismos políticos, socioeconómicos y culturales inherentes al desarrollo capitalista y producto de la relación capital-trabajo que pone en jaque el poder hegemónico de la burguesía, atentando contra el orden establecido" (Parra *en Amico*; 2005:69).

Al entenderse a la cuestión social como inherente al desarrollo del capitalismo, se considera necesario explicitar que implicancias tiene hablar de la economía-mundo capitalista, que si bien hacia 1900 logró abarcar todo el mundo, surgió en Europa a mediados del siglo XV. Bajo este sistema "el criterio por el que se rige la producción es la obtención de beneficios y el incentivo fundamental del sistema es la acumulación del excedente en forma de capital. No hay una estructura política dominante, ya que el mercado es, en definitiva, quien controla con frías riendas la competencia entre las diversas unidades de producción, por lo que la regla básica consiste en acumular o perecer." (Wallerstein *en Taylor*; 2002)

Será la cuestión social la que dará fundamento a nuestra profesión, "[…] el Trabajo Social tiene en la cuestión social la base de su fundación como especialización del trabajo. Cuestión social aprehendida como el conjunto de las expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura, que tiene una raíz común: la producción social es cada vez más colectiva, el trabajo se torna más ampliamente social, en cuanto la apropiación de sus frutos se mantiene privada, monopolizada por una parte de la sociedad." (Iamamoto; 1998:27).

Comienza a problematizarse esta situación, cuando un número cada vez más creciente de personas se ven obligadas a vender su fuerza de trabajo bajo condiciones de explotación, sin que ello les permita escapar de la situación de pobreza en la que se hallaban inmersos. "Esta cuestión se bautizó por primera vez explícitamente como tal en la década de 1830. Se planteó entonces a partir de la toma de conciencia de las condiciones de vida de poblaciones que eran a la vez agentes y víctimas de la revolución industrial. Era la cuestión del pauperismo. Un momento esencial, en que apareció un divorcio casi total entre un orden jurídico-político fundado sobre el reconocimiento de los derechos del ciudadano, y un orden económico que suponía miseria y desmoralización masivas." (Castel; 2009: 20)

Como ya se dijo, nuestra profesión nace en el mismo contexto socio-histórico en que emergen las demás Ciencias Sociales. Es decir, que es tan requerida como éstas para dar respuesta a las nuevas "problemáticas sociales", para hacer del hombre (sus comportamientos, relaciones e instituciones) un "objeto de estudio" y especialmente para impedir que las condiciones de explotación laboral, pobreza, hambre, hacinamiento, entre otras, hicieran que las poblaciones se revelaran contra el orden establecido.

"Así el Trabajo Social en palabras de M. Miranda (2004: 37) "nace como parte del proyecto global de las Ciencias Sociales, ni antes ni después, y por los mismos motivos, en el mismo contexto social y político y en permanente dialogo con ellas" y el factor determinante para su profesionalización fue su vínculo con la ciencia como herramienta para la resolución de los problemas sociales de la época y no una mera "ilusión" de ayudar al prójimo o la "intención" de reproducir un sistema social injusto" (Travi; 2008).

Foucault nos dirá que hemos logrado hacer realidad la utopía del "panóptico"[1] y que la invención de las ciencias a las que venimos haciendo alusión ha sido de importancia fundamental para que esto ocurra. "Tenemos así […] un nuevo saber totalmente diferente, un saber de vigilancia, de examen, organizado alrededor de la norma por el control de los individuos durante toda su existencia. Esta es la base del poder, la forma del saber-poder que dará lugar ya no a grandes ciencias de observación como en el caso de la indagación sino a lo que hoy conocemos como ciencias humanas: Psiquiatría, Psicología, Sociología, etcétera". (Foucault; 2003)

Amico plantea que "[…] la intervención del Trabajo Social apuntaba a la justificación de las relaciones dadas, al disciplinamiento, al ejercicio del control social, a la naturalización y legitimación de las desigualdades de la sociedad. Su legitimación como profesión estuvo ligada a las necesidades de un Estado que debía mantener el "orden social". (2005: 31).

Sin embargo, insistimos en que no debemos atribuirnos como propias estas características, sino que debemos entenderlo como parte de un mandato más amplio, destinado a todas las Ciencias Sociales. **"La constitución de los estados nacionales y la consolidación del colonialismo europeo en ultramar son dos hitos históricos de carácter político que enmarcan y definen los procesos de surgimiento e institucionalización de las Ciencias Sociales durante los siglos XVIII y XIX y su adscripción a lo que muchos pensadores denominan el "proyecto de modernidad". Entendiéndose por el mismo ese vano intento de someter la vida al control absoluto del hombre, bajo el dominio de la razón y del conocimiento científico. […] Esa sociedad predecible y regida por leyes no admitía el "desorden" ni mucho menos la incertidumbre, haciéndose necesario todo tipo de instancias, dispositivos y mecanismos de control que garantizaran su funcionamiento […]. El surgimiento de las Ciencias Sociales no es un**

[1] "El Panóptico era un sitio en forma de anillo en medio del cual había un patio con una torre en el centro. El anillo estaba dividido en pequeñas celdas que daban al interior y al exterior y en cada una de esas pequeñas celdas había, según los objetivos de la institución, un niño aprendiendo a escribir, un obrero trabajando, un prisionero expiando sus culpas, un loco actualizando su locura, etc. En la torre central había un vigilante y como cada celda daba al mismo tiempo al exterior y al interior, la mirada del vigilante podía atravesar toda la celda; en ella no había ningún punto de sombra y, por consiguiente, todo lo que el individuo hacía estaba expuesto a la mirada de un vigilante que observaba a través de persianas, postigos semicerrados, de tal modo que podía ver todo sin que nadie, a su vez, pudiera verlo." (Foucault; 1992)

fenómeno ahistórico o casual que se suma a los marcos de organización política definidos por el Estado-nación, sino constitutivo del mismo."(Vélez Restrepo; 2003: 31-32).

Es decir, "El paso de la sociedad tradicional a la sociedad moderna acarreó múltiples conflictos de orden social y su atención desbordó las tradicionales formas de caridad cristiana y la filantropía, dando lugar al surgimiento de organizaciones, programas e instituciones estatales que contribuyeran al mantenimiento del orden socialmente establecido." (Vélez Restrepo; 2003: 33).

"El Trabajo Social, ya instituido como práctica profesional, surge de la necesidad de reparar fracturas sociales, desde un espacio presentado como neutro , casi a-histórico; reparaciones que no alteraban en lo esencial la lógica de fondo que las generaba, en una especie de entrecruzamiento entre las nacientes ciencias sociales y la filantropía…" (Carballeda; 2004:175).

Sin embargo, resulta pertinente señalar que, desde el comienzo, nuestro método ha tenido algo de original, de distinguible, "porque incluye establecer condiciones de posibilidad para que las personas pudieran hablar, pero por ellos mismos sobre lo que les ocurre; rescatando los discursos de los operadores materiales de la situación existencial que estamos tratando. De esta manera el Trabajo Social no normaliza los discursos sino que los pone en escena en toda su materialidad, para que desplace otros y para que ocupen un lugar." (Mendez; 2008).

De este modo, nuestras prácticas podrán siempre oscilar entre la inclusión y el control social y de ahí la necesaria coherencia entre las diferentes dimensiones de nuestro actuar profesional, a saber: la dimensión teórico-epistemológica, la dimensión metodológica-instrumental y la dimensión ético-política.

Es decir, **sin olvidar el contexto de invención de nuestra profesión, aquel que compartimos con el resto de las ciencias sociales y que nos obliga a una constante crítica sobre nuestras prácticas; debemos recordar que nuestro método de trabajo abre muchas posibilidades, que nos ubica en un lugar de privilegio para luchar contra lo instituido e**

inventar nuevas prácticas de libertad, dinamizando las relaciones de poder que intentan presentarse como estáticas.

"En el contexto actual, la intervención en lo social se nos presenta como un "espacio de libertad", ya que se construye en pequeños hiatos, intersticios, lugares, donde es posible reconstruir historicidad, entender a ese otro no como un sujeto a moldear sino como un portador de historia social, de cultura, de relaciones interpersonales." (Carballeda; 2012: 38)

En este sentido, se considera que, el Trabajo social no es en sí mismo "transformador", siendo que puede, como ya se ha planteado, consistir en prácticas de reproducción, si es, una profesión cuyo ejercicio es capaz de generar transformaciones, transformaciones cuyo destino sólo podrá ser planteado a partir del diálogo con los sujetos con quienes se trabaja.

Es decir, hacer de nuestra profesión una práctica de transformación, es una *elección* que debe ser reafirmada en cada encuentro que tenemos con ese "otro" que hace posible la existencia de nuestra actuación.

Recorrido Histórico del Trabajo Social en Argentina. *El Trabajo Social dentro del Campo de la Salud Mental.*

Continuando con la división histórica que se utilizó para hablar de la Salud Mental en Argentina, se intentará exponer un breve recorrido del desarrollo de la profesión del Trabajo Social en nuestro país, teniendo en cuenta algunos antecedentes internacionales y aclarando desde qué momento y en qué modo, esta profesión dialoga en el campo de la Salud Mental.

Durante el "Modelo Agroexportador", sostenido por la generación del ´80, mientras se intentaba posicionar al país dentro de la división internacional del trabajo y constituir un Estado-Nación, se iba construyendo una manera de explicar y actuar sobre la cuestión social, desde un discurso médico-positivista; "de esta manera, la modalidad de intervención de este contexto tendrá rasgos del liberalismo de Spencer y del positivismo de Comte, en el escenario de una Argentina que construía su proyecto de nación desde una inserción en el

mercado mundial como país agroexportador, ligado a los intereses de una nueva oligarquía terrateniente que asentaba la base de su fortuna como producto de la conquista del desierto y la tenencia de enormes extensiones de tierra." (Carballeda; 2006:20)

El modelo médico logró individualizar la cuestión social, impidiendo el cuestionamiento del sistema socio-económico y político como generador de la pobreza. Durante este período, el Estado no se ocupaba de la acción social, sino que delegaba en instituciones privadas de carácter filantrópico o religioso, la respuesta a aquellas necesidades que amenazaban con afectar la cohesión social a la que su proyecto aspiraba, una homogeneización de la sociedad, en función de un pequeño grupo que se consideraba a sí mismo, como "toda la Argentina".

"[…] El Estado, en ese momento histórico hace "beneficencia", filantropía, como acto de delegación hacia una institución, desde una concepción moral de la pobreza. La Sociedad de Beneficencia representaba parte de "lo más avanzado" de la sociedad, corporeizado en las mujeres de una clase social que día a día se fortalecía con el comercio y el contrabando. […] Pero esa filantropía recién inaugurada en Occidente construye un "otro" sobre el cual intervenir; lentamente lo clasifica y logra incluirlo en una determinada estructura de la sociedad. En definitiva, la intervención en lo social se presenta como una vía de ingreso a la modernidad dirigida a aquellos que cada época construye como portadores de problemas que pueden disolver al "todo social". De ahí que en el contexto de la Ilustración y en relación con la problemática de la integración se define lo patológico, criminal, ilícito, sin razón, irregular, etcétera." (Carballeda; 2012: 27)

"El paso de la sociedad tradicional a la sociedad moderna acarreó múltiples conflictos de orden social y su atención desbordó las tradicionales formas de caridad cristiana y la filantropía, dando lugar al surgimiento de organizaciones, programas e instituciones estatales que contribuyeran al mantenimiento del orden socialmente establecido." (Vélez Restrepo; 2003: 33)

En este sentido, será en **1930** cuando se crea la **primera escuela de Servicio Social dependiente del Museo Social Argentino,** profesión que tendrá como antecedente "la Sociedad de Beneficencia, el proyecto educativo de la generación del ochenta, el discurso de la higiene médica y las prácticas

en el campo de la "minoridad", con su consecuente división de prácticas correctivas y asistenciales, fundadas en un ideal rehabilitatorio." (Carballeda; 2006:31).

Es decir, será en el campo de la Salud y de la Justicia, donde aparecerá la actuación del profesional en Trabajo Social, como auxiliar de la Medicina y el Derecho; sin embargo, esta función, debemos entenderla en un contexto en que el discurso hegemónico, la palabra que aparecía como Verdad, el saber-poder, pertenecían al dominio del médico o el abogado, según el campo del cual se tratase.

Entonces, desde la década del 30 del siglo XX, nuestra profesión ingresó al campo de la Salud Mental, es decir, se constituyó en una de las generadoras de estrategias en la lucha por el capital en juego dentro de dicho campo. No se trató de una incorporación tardía, teniendo en cuenta que "la institucionalización del orden psiquiátrico, en nuestro país, se realiza entre 1880 y 1910." (Carpintero; 2007).

En tal sentido, la figura de nuestra profesión, como auxiliar del médico psiquiatra y en muchos casos también, a la figura del psicólogo como otro profesional especializado en el campo "psi", debe entenderse como efecto de las pujas de poder, donde nuestro discurso, que ponía en escena la palabra del "loco", que aportaba historicidad al sujeto, que corría del centro a la "enfermedad", se presentaba como el lugar de resistencia, como la posibilidad de enfrentar lo "instituyente" a lo ya "instituido".

En igual sentido, **"[…] esta forma de entender la realidad de la persona de manera interaccional, deja fuera de los límites del servicio social, a la postura del discurso psiquiátrico en la que prevalece la separación y el rechazo del discurso de la persona con padecimiento mental, como mecanismo de exclusión. […] y es esta diferencia, la que hace que el discurso del servicio social quede en un lugar de oposición frente a la jerarquización científico-social de la psiquiatría como el discurso verdadero, entendiendo que es este último saber el que se asocia a mecanismos de poder, creándose de esta manera el régimen de verdad […] que da lugar a las prácticas que se realizan sobre las personas con padecimiento mental" (Méndez; 2006:36)**

Leyendo un clásico del Trabajo Social, como es el libro “Caso Social Individual” (1922) de Mary Richmond, uno puede darse cuenta, que la participación de esta profesión dentro del campo de la Salud Mental, no se produce recientemente como respuesta a algún tipo de invitación por parte del resto de las disciplinas, sino que tiene una larga trayectoria dentro de él. “Una rama del servicio médico social de casos individuales que se ha desarrollado rápidamente después de la guerra es conocida con el nombre de servicio social psiquiátrico. [...] El valor de esta colaboración salta a la vista, ya que en el terreno mental, más todavía que en el terreno médico, el diagnóstico real depende en parte de la encuesta social, y el tratamiento que se resulta de ello es una amplia cuestión de readaptación social” (Richmond *en Méndez;* 2006:30).

Volviendo a nuestro país, debe recordarse que para esta época, Argentina ya había modificado su estrategia económica, en función de las repercusiones que había tenido la “crisis del ´29”. Se pasó del modelo agroexportador, a la industrialización por sustitución de importaciones, la cual puede a su vez ser dividida en el modelo justicialista por un lado, y el modelo desarrollista por otro.

Durante el primer período (1945-1955), el país basó su industrialización en bienes de consumo masivo, aumentando la demanda por medio del gran porcentaje de personas con empleo asalariado, lo que revalorizó la figura del trabajador, alrededor de la cual Argentina construyó su idea de ciudadanía. Es en este momento, donde la pobreza comienza a ser entendida como una injusticia social de la cual es Estado debe hacerse cargo, en el sentido de resarcir un derecho cercenado.

“Las acciones de política social relacionadas con el gobierno justicialista en el período 1945-1955 pueden analizarse desde dos perspectivas. Por un lado, nos encontramos con los planes quinquenales, éstos abarcan a todas las cuestiones del Estado, incluyendo la política social, la política sanitaria, la política de educación, la economía, e incluso los aspectos demográficos, abarcando a todo el país. Por otro lado, la acción social también se expresa a través de la Fundación Eva Perón.[…] la fundación-institución novedosa- ocupa el lugar que había tenido hasta entonces la Sociedad de Beneficencia; trazada con una clara postura crítica hacia ésta, se apoyaba en cambiar la concepción

de caridad o filantropía por la de dignidad, derechos sociales y ayuda social específica." (Carballeda; 2006:62).

Hacia la década del ´60, la industrialización había modificado sus bases, priorizando ahora los bienes suntuarios, que por lógica, llegaban a un menor porcentaje de población. Había que "corregir" ciertos obstáculos que impedían que el país pasara del "subdesarrollo" al "desarrollo"; "para esta transición "evolutiva" hacia el desarrollo, serían operativos cierto tipo de técnicos que actuaran como "agentes de cambio", ante la problemática social" (Alayón; 1985:22), los Trabajadores Sociales fueron parte de estos agentes de cambio que estaban llamados por el Estado a integrar a los "desadaptados" a una sociedad que funcionaba "normalmente".

Es durante el modelo desarrollista, que comienza a tomar fuerza la idea de "trabajo comunitario" para el Trabajo Social, "la visión comunitaria de la salud, también implica la búsqueda de participación de la misma, y por ende el desarrollo de estrategias de intervención que van más allá del caso individual. También la búsqueda de colaboración de la comunidad significó la incorporación de Agentes Sanitarios, estos requerían ciertos lineamientos de capacitación, a fin de que obtengan conocimientos sanitarios básicos, en estas modalidades de capacitación comienza el trabajo social a participar en forma cada vez más activa." (Carballeda; 2002).

Ello se traduce en igual sentido, en el Campo de la Salud mental, donde se invita a la población a "colaborar", pero siempre dejando en mano de los técnicos-planificadores la última palabra al momento de tomar decisiones.

El funcionalismo, como marco teórico más influyente para la profesión durante esta época, lleva a modificar nuevamente el concepto de necesidad (que durante el justicialismo había logrado ingresar a la órbita de los derechos) y por ende el modo de actuar profesional frente a ella. "Ya no era cuestión de trabajar para la gente, sino con la gente. Casi como varita de mago se proponía, falazmente, la participación de la gente en la solución de sus propios problemas." (Alayón; 1985:23).

"La idea de patología social como sinónimo de problema social se construye, en tanto la sociedad es reconocida como un "todo integrado" funcionando como "sistema social". En este aspecto, es interesante la noción

de necesidad que elabora esta visión, especialmente, cómo ésta se corre del lugar de los derechos para ocupar el lugar de los "conjuntos desviados"; así la necesidad paulatinamente se acercará a la anormalidad, a la inadaptación o el desajuste. […] la intervención en lo social desde las políticas sociales no se presenta como resultado de la aplicación de un derecho, sino como la cobertura de una falta que debe ser determinada ahora por un técnico, un especialista." (Carballeda; 2006:82).

Durante este período, las intervenciones del profesional de Trabajo Social, mostrarán diferentes orientaciones según se trate de un trabajo dentro de las instituciones, o como "trabajo comunitario".

Siguiendo al autor, "[…] a nivel hospitalario, se mantiene la perspectiva de intervención más antigua vinculada con la orientación social y la gestión de recursos. La cuestión de los recursos dentro del Trabajo Social emerge junto con la construcción del Estado de Bienestar en la Argentina en ese período. A su vez, en las instituciones hospitalarias, en especial dentro de la intervención en instituciones psiquiátricas, las estrategias grupales construyen lentamente lo que se podría denominar intervenciones típicas del Trabajo Social en salud durante ese período. Por otra parte, las intervenciones típicas de tono comunitario se encuentran más asociadas a la efectividad de los programas y a la búsqueda de metas y objetivos concretos, entrelazados con los programas de salud comunitaria." (Carballeda; 2002)

Debemos tener en cuenta, que tal contexto mundial, inscribe en nuestro país, la posibilidad de preguntar-se sobre el Campo de Salud Mental en oposición al manicomio como respuesta clásica al sufrimiento mental. La institución estaba siendo mundialmente cuestionada y había que generar nuevas estrategias de intervención coherentes a las transformaciones que se venían gestando, es así, que en este momento y particularmente el campo de la salud mental, primaron las actuaciones profesionales tanto de tipo comunitarias como grupales, al modo de taller, lo que permitió a la profesión un mayor protagonismo.

"En este aspecto, es la comunidad la que va a influir dentro de la institución hospitalaria. De esta forma, la aparición de cursos, jornadas, encuentros, se relacionan con la salud comunitaria. A su vez, dentro del Hospital, se observan cambios en especial en los hospitales psiquiátricos

donde, se transmiten dispositivos de intervención, esencialmente de tipo grupal y con una fuerte visión social de las problemáticas en salud mental." (Carballeda; 2002)

Hacia mediados de la década de los 60, aparece una corriente de pensamiento que cuestionaba las bases teóricas y el desempeño profesional del Trabajo Social, que toma el nombre de: Reconceptualización.

Este movimiento que surge en Argentina y se extiende rápidamente a toda Latinoamérica, cuestiona aquella idea de hacer que el país evolucione hacia el estadio del desarrollo, y toma la teoría de la dependencia, para expresar que desarrollo y subdesarrollo, centro y periferia, son dos caras de la misma moneda. "El modelo de Reconceptualización ya no plantea el desarrollo o la Modernización de la comunidad o de la Sociedad, su propuesta es el cambio de la misma" (Carballeda; 2002), en este sentido, cuestiona el papel que los profesionales venían ejerciendo en la reproducción de un sistema que era de por sí injusto y generador de desigualdades sociales, sistema al cual, sin embargo, el funcionalismo buscaba integrar a los considerados "desadaptados".

Según Vélez Restrepo, surgen en el seno de la Reconceptualización, los "modelos críticos" de actuación profesional que "proponen el cambio social y propugnan por la participación comunitaria y colectiva colocando como central en la actuación profesional la transformación social y la lucha contra la opresión." (Vélez Restrepo; 2003:77)

La educación popular y la idea de la "concientización" comienzan a ocupar un lugar central en la actuación profesional. "La Reconceptualización es un movimiento con particularidades no muy bien precisadas; en general se relacionaba con: la vinculación con la realidad latinoamericana; el incremento de la práctica política o politizada-entendiendo la intervención como un hecho esencialmente político- y el incremento de un proceso crítico en los ámbitos académicos-especialmente desde la necesidad de cambiar planes de estudio y bibliografía-. De todas maneras, el contexto se presenta como contradictorio y complejo dado que la relevancia de la práctica en términos políticos hacía que los aspectos académicos quedaran fuera." (Carballeda; 2006:92).

Es durante la influencia de esta corriente que se produce el cambio de denominación de la profesión, que pasa de Servicio Social a Trabajo Social, y se "cambian planes de estudio hacia una tendencia más relacionada con una lectura crítica de la realidad y la búsqueda de instrumentos para transformarla" (Carballeda; 2002). Toma más fuerza, también, la idea de trabajo interdisciplinario como enriquecedor de las actuaciones profesionales.

"En este aspecto, se resignifican las modalidades de intervención comunitaria en el campo de la salud, ya no se está buscando solo la eficiencia de la aplicación de un programa en cuanto a mejorar determinados indicadores sanitarios, sino que la intervención se propone un objetivo superior, la generación y sustento de modalidades organizativas a nivel barrial. En esta línea se pueden asimilar las metodologías de intervención del campo grupal, estas apuntan a romper con la relación dominador - dominado, siendo este uno de los sustentos de la opción metodológica dentro de este modelo..." (Carballeda; 2002).

Este movimiento tuvo vigencia hasta el Golpe de estado de 1976 que instaló un gobierno dictatorial en la Argentina hasta el año 1983. "Luego del golpe de estado de 1976, se produce un retroceso sostenido del Modelo de Reconceptualización, se vuelve a una práctica de tipo "desarrollista", pero, esta es percibida por los trabajadores sociales entrevistados como impuesta. Las restricciones impuestas al trabajo comunitario, el desmantelamiento del sector salud en cuanto a prestaciones y camas hospitalarias, marcan de alguna manera los años de la dictadura. A estas cuestiones se le suma la política arancelaria de los hospitales públicos, que implica direccionar gran parte de la intervención hacia la confección de encuestas, que determinaban la eximición o no del pago del arancel." (Carballeda; 2002).

Para Susana Torrado, esta dictadura marca el comienzo del "modelo aperturista" y con él la instalación de políticas neoliberales que serán de peso en nuestro país, al menos hasta los dos primeros años del siglo XXI. **Durante este modelo, crecen notablemente los niveles de desempleo, de precariedad laboral, se comienza a hablar cada vez con mayor frecuencia**

de "exclusión social" y el mercado comienza a llenar espacios que antes eran ocupados por el Estado.

Es decir, "El mercado no garantiza la igualdad, entonces surgen restricciones en la ciudadanía, y el acceso a los recursos básicos de bienestar que antes eran provistos por el Estado, o mínimamente asegurados por éste, dependerá de la inserción de cada persona en el mercado. Inserción que se presenta en general plagada de incertidumbre. […] La omnipresencia del mercado en detrimento del Estado termina, de alguna manera, deslegitimando la democracia y las instituciones típicas del Estado de bienestar que aún hoy se mantienen." (Carballeda; 2012: 61)

La vuelta a la Democracia no llevó a una recuperación del Estado de Bienestar, ni a un retroceso del modelo Neoliberal; por el contrario, algunos de los gobiernos que le sucedieron, fueron fuertemente consecuentes con el camino económico iniciado por la dictadura. **"El derrumbe del Estado de Bienestar genera la gestación de políticas restringidas; residuales y con tendencia a la focalización. De esta manera se ingresaba a un contexto de aplicación de políticas sociales y de salud donde la lógica del costo-beneficio y la preeminencia del mercado quedarán por encima de la accesibilidad. Este proceso también se caracteriza por la pérdida de recursos humanos en el sector salud y el desarrollo de tendencias de capacitación que repiten el esquema focalizado de los programas sociales. […] El Trabajo Social se encuentra en ese momento en un punto de tensión, en el cual se circunscriben las posibilidades de respuestas desde las políticas y, por otra parte, se incrementan las demandas hacia los servicios sociales como efecto de la crisis socioeconómica que atraviesa la Argentina." (Carballeda; 2006:106)**

Como profesionales, también vimos deteriorarse nuestras condiciones laborales, sufrimos la sensación de inestabilidad laboral y las políticas de reducción de personal, además de trabajar en instituciones, que literal y simbólicamente "se derrumbaban". Es decir, se trató de un momento donde la demanda se acrecentó fuertemente al tiempo que la capacidad de respuesta por parte de los trabajadores sociales disminuía. **"[…] se asiste a lo que se ha dado en llamar una "nueva cuestión social", caracterizada por: pérdida del soporte salarial como forma de inclusión social, desempleo masivo,**

precarización laboral, inadecuación de los sistemas de protección social, exclusión y desafiliación. […] El trabajo es no sólo el reaseguro económico y de protección social-sanitario-previsional, sino también la vía de reconocimiento social, es decir, implica pertenencia social y realización humana." (Amico; 2005:75)

"Durante la década de los noventa, la sociedad argentina se vio fuertemente atravesada por una serie de reformas que se apoyaban en los preceptos del neoliberalismo. […] Surgían nuevas nomenclaturas, relacionadas con la lógica de la "focalización" y las "poblaciones objetivo" donde "cada grupo poblacional" comenzaba a someterse a formas de intervención que implicaban conjuntos aislados de reglas y prestaciones, sumada la conformación de cuerpos de técnicos y trabajadores sociales adiestrados y especializados en cada una de esas fragmentaciones." (Carballeda; 2006:112).

A partir del año 2003 y habiendo atravesado una fuerte crisis de legitimidad que tuvo su eclosión en diciembre de 2001, el modelo económico comienza a manifestar nuevas transformaciones. Se retoman ciertos aspectos del Modelo Justicialista que había primado en nuestro país entre los años 1945-1955, sin abandonar del todo el capitalismo neoliberal que en Argentina primó durante más de 25 años.

En este contexto, vuelve a tomar fuerza la idea de derecho, comienzan a adquirir mayor protagonismo colectivos que hasta el momento parecían ser invisibles para el Estado; entre ellos aparecerá la voz de las personas en sufrimiento mental como "sujetos de derecho"; visibilizados por medio de una "Ley Nacional de Salud Mental" (N°26.657). Que buscará legitimar el trabajo comunitario en este campo y a prohibir la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, al tiempo que exige el cambio de los ya existentes por otro tipo de dispositivos, como los centros de día, las casas de medio camino, los hogares, entre otros.

En este sentido, **"[…] la intervención hoy implica la convivencia en un mismo contexto de diferentes lógicas –y sus respectivas formas de entender y revelar- en tensión permanente, lo cual genera pujas inéditas para la época, que remiten a la persistencia de lo "viejo" y su lucha con lo que está llegando, todavía no del todo conformado." (Carballeda; 2012: 168).**

Aquí estamos ubicados, en un contexto que abre muchas posibilidades a nuestro actuar profesional, en un momento para crear y recrear nuestras prácticas, teniendo en cuenta el devenir histórico que nos ha traído hasta este lugar, tomando de la historia de nuestra profesión lo que nos sirva e "inventando" nuevas estrategias de actuación. Como sostiene la autora, "el Trabajo Social se enfrenta en la actualidad a nuevos desafíos que implican continuidades y rupturas con respecto a la práctica profesional tradicional y exigen del profesional una formación cultural, política y teórica altamente calificada." (Amico; 2005: 73)

IV.III. TRABAJO

"Indudablemente una de las terapias más importantes para combatir la locura es la libertad.
Cuando un hombre es libre, cuando se tiene a sí mismo y a su propia vida, le resulta más fácil combatir la locura.
Cuando hablo de libertad, hablo de libertad de trabajar, de ganarse el sustento, y esta es ya una lucha contra la locura."
(Basaglia; 2008:87)

¿De qué hablamos cuando hablamos del Trabajo?

En primer lugar, se explícita, que en esta investigación, se entiende al Trabajo, primordialmente, como una categoría antropológica, una actividad fundamental de los sujetos, es decir, parte misma de nuestra esencia como seres humanos.

"[…] Una invariante de la naturaleza humana cuyo rastro se encuentra en todo tiempo y lugar […] propicia la realización personal (el hombre se expresa por sus obras) y, sobre todo, […] es el centro y el fundamento del vínculo social. El trabajo es la actividad esencial del hombre en virtud de la cual se relaciona con su entorno- la Naturaleza, a la que se enfrenta para crear algo humano- y con los demás, con y para los cuales desempeña esta tarea. El trabajo expresaría, por tanto, en el mayor grado nuestra humanidad, nuestra condición de seres finitos, creadores de valores, y también nuestra condición de seres sociales. El trabajo sería, pues, nuestra esencia y nuestra condición" (Méda; 1998: 17).

Sin embargo, esta parte esencial del sujeto, al ser 'apropiada' en tanto categoría fundamental del acontecer capitalista, aparece separada de él, se le presenta como algo ajeno, exterior.

Dentro de ese sistema capitalista, que convierte a las personas, bienes y servicios, en mercancías; el trabajo parece dejar de ser un fin en sí mismo,

para convertirse sólo en un medio necesario para dar respuesta a otras necesidades.

Entonces, el trabajar se vuelve necesario sólo como dador de un salario, el cual permitirá acceder a las mercancías que en el mercado se comercializan; ya no es una actividad capaz de ser disfrutada. *Es como si de repente aquello que ha constituido nuestra esencia no sea más que un mal necesario para sobrevivir en el mundo actual.*

"El trabajo es la autoexpresión del hombre, una expresión de sus facultades físicas y mentales individuales. En este proceso de actividad genuina, el hombre se desarrolla, se vuelve él mismo; el trabajo no es sólo un medio para lograr un fin —el producto—, sino un fin en sí, la expresión significativa de la energía humana; por eso el trabajo es susceptible de ser gozado." (Fromm; 1962: 30)

La economía mundo capitalista, hizo del interés por el dinero y la ganancia material, el motivo principal del hombre; esto ha llevado a olvidar el verdadero sentido del trabajo y a superponer su significado con el de empleo. En este sentido, el trabajo se nos presenta como simple servidor de salarios; parece haberse convertido en sinónimo de la explotación del hombre por el hombre, aquello que se acepta como inevitablemente necesario para sobrevivir en un mundo capitalista.

Se considera de fundamental importancia entonces hacer una "[…] distinción entre trabajo y empleo asalariado, siendo este sólo una forma más de aquel; supone volver a pensar el significado del trabajo y replantear la importancia real del empleo en la vida de las personas […]. Supone estar abierto a dos lógicas de pensamiento y de acción. La primera, que llamamos "lógica del empleo asalariado", confunde el trabajo con el empleo […], la segunda, más innovadora, es la "lógica de la actividad" […]. **Esto conduce a desprendernos del concepto estrecho de empleo para recuperar el verdadero significado del trabajo, entendido como fuente de autorrealización, del vínculo social y de subsistencia. […]. Por lo tanto, el trabajo es, potencialmente, y debe llegar a ser, efectivamente, el lugar del vínculo social y del desarrollo personal" (Méda; 1998: 19).**

Marx nos habla del trabajo enajenado, para hacer referencia a lo que el capitalismo ha hecho de esa actividad esencialmente humana; la crítica

principal de Marx al capitalismo es haber convertido al trabajo en un trabajo forzado, alienado, sin sentido.

Pero, "¿Qué constituye la enajenación del trabajo? Primero, que el trabajo es externo al trabajador, que no es parte de su naturaleza; y que, en consecuencia, no se realiza en su trabajo sino que se niega, experimenta una sensación de malestar más que de bienestar, no desarrolla libremente sus energías mentales y físicas sino que se encuentra físicamente exhausto y mentalmente abatido. El trabajador sólo se siente a sus anchas, pues, en sus horas de ocio, mientras que en el trabajo se siente incómodo. Su trabajo no es voluntario sino impuesto, es un trabajo forzado. No es la satisfacción de una necesidad, sino sólo un medio para satisfacer otras necesidades. Su carácter ajeno se demuestra claramente en el hecho de que, tan pronto como no hay una obligación física o de otra especie es evitado como la plaga. El trabajo externo, el trabajo en que el hombre se enajena, es un trabajo que implica sacrificio y mortificación. Por último, el carácter externo del trabajo para el trabajador se demuestra en el hecho de que no es su propio trabajo sino trabajo para otro, que en el trabajo no se pertenece a sí mismo sino a otra persona." (Fromm; 1962: 59)

En este sentido, se considera que para hacer una construcción conceptual del trabajo, que sirva en el plano de lo real, se debe tener en cuenta tanto su definición antropológica, como también esta apropiación que el sistema económico ha hecho de él, porque será en esta sociedad en la que las personas traten de desarrollarse a través del trabajo. Donde busquen transformar el entorno y a ellos mismos por medio de su participación en un proyecto compartido con otro; porque a pesar de los muchos intentos por demonizar este concepto, la reacción de quienes carecen de un trabajo o sufren la inestabilidad laboral, demuestra la relevancia que esta actividad tiene, no sólo por su posibilidad de otorgar dinero, sino por su papel en la construcción de la identidad y en el sustento del lazo social.

"[…] Hablamos de un ser humano que, además de vivir de su trabajo y sentir que, a través de él, contribuye al bien común, posee en su labor posibilidades de creación, de expresión y de desarrollo personal. Es decir, un individuo que a través de su trabajo es creador de su propia identidad" (Martínez García *en Schvarstein y Leopold*; 2005:52)

En este sentido, Dejours atribuye al trabajo un relevante lugar dentro del campo de la Salud Mental, **"porque el trabajo es el medio, tal vez es también un derecho de aportar una contribución a la sociedad, y a cambio obtener un reconocimiento que puede inscribirse en el proceso mayor de realización de sí mismo".**

Entonces, el reconocimiento pasa, según este autor, por dos tipos de juicio, el *"juicio de utilidad",* que diferencia al trabajo del ocio, y el *"juicio de belleza*". "La apuesta del reconocimiento es una apuesta a la salud mental, en la medida que mi identidad no la sostengo solamente yo. La sostengo a través de la mirada del otro […] el reconocimiento me confiere la pertenencia a un equipo, a un colectivo, a una actividad, incluso a una comunidad de pertenencia. El reconocimiento confiere a cambio de mi sufrimiento, una pertenencia que también conjura la soledad.

En resumen, permite a quien trabaja transformar su sufrimiento en crecimiento de su identidad. La identidad es el sostén de la salud mental" (Dejours; 2010).

Se comparte la definición que del trabajo construyen Davezies y Dejours (1991) **"definiremos 'el trabajo como la actividad coordinada de hombres y mujeres para enfrentar lo que, en la producción, no puede obtenerse por simple ejecución de la organización prescripta del trabajo'. El trabajo es siempre, por lo tanto, humano por esencia o por definición: el trabajo es lo que, en la producción, los autómatas no pueden hacer." (Dejours en Dessors y Guiho-Bailly; 1998: 153).**

Es decir, el trabajo no puede ser sólo lo que de él se escribe y se exige, "[…] existe entre el trabajo teórico y el trabajo real un desfasaje irreductible. Cualquiera sea la calidad de la prescripción, siempre comporta fallas que deben resolverse en la situación de trabajo. […] **el trabajo es 'lo que no está dado por la organización teórica del trabajo'** (Davezies 1994), **todo lo que los hombres y las mujeres se ingenian en inventar para encontrar los mejores compromisos entre lo que deben hacer, lo que es posible hacer, y lo que desearían hacer teniendo en cuenta lo que creen que es justo o bueno."** (Dessors y Guiho-Bailly; 1998: 12).

Por eso, son parte también del trabajo, aquellos momentos que a simple vista parecen atentar contra el tiempo de productividad; las charlas en los

pasillos, los mates en la cocina, las discusiones, e incluso aquellos encuentros entre compañeros de trabajo que se realizan en momentos considerados de "ocio". Porque el desenvolvimiento del equipo de trabajo dependerá de todo esto, porque en esos encuentros se buscarán soluciones a conflictos laborales, se delinearán nuevas estrategias y se construirán lazos que facilitarán el desarrollo de la tarea, permitiendo que la misma se vuelva placentera.

Se cree que hay que intentar recuperar el sentido original del trabajo, pero aceptando además que, en este momento, no sólo se trata de una actividad que forma parte de nuestra esencia, sino además de un medio sin el cual no podemos afrontar nuestras necesidades en el mundo en que vivimos; estamos hablando de una necesidad, que hace a nuestra esencia y está reconocido como un derecho humano fundamental.

Porque "Los seres humanos no trabajan sólo por dinero, como tampoco lo hacen sólo por satisfacer una necesidad inherente de crear. Trabajamos por varios motivos – dinero, despliegue físico e intelectual, interacción social, búsqueda de status social y de sentido, impulso creativo-." (Hopenhayn; 1988:163).

Entonces, **¿de qué hablamos cuando hablamos de trabajo?;** hablamos de una actividad esencialmente humana, en la que el sujeto se enfrenta a su ambiente con la intención de transformarlo, provocando a la vez cambios en sí mismo; una actividad que no se desarrolla aisladamente, sino que mantiene a la persona en contacto con otros, lo que posibilita la construcción de vínculos con aquellos con y para los cuales trabaja, que le permitirán obtener los reconocimientos necesarios para sentir que lo que hace tiene sentido, lo cual influye favorablemente en su autoestima.

El trabajo demuestra ser fundamental no sólo para garantizar la supervivencia y saciar las necesidades básicas, sino también para satisfacer las motivaciones más sofisticadas de trascendencia humana y de desarrollo personal.

"La posibilidad de equiparar el crecimiento y desarrollo de la propia capacidad con niveles conscientes de trabajo y, a su vez, con niveles diferenciales de remuneración acordes con los niveles de trabajo es crucial para la experiencia humana individual. El individuo elabora o define proyectos que son un reflejo de las potencialidades personales y de las oportunidades

que se le presentan en tanto persona en acción, determinadas por las condiciones limitantes del campo. Tener proyectos constituye un aspecto esencial de la vida. La consecución de logros es un regulador fundamental de la motivación, del estado de ánimo y del autoestima. Se erige en un factor privilegiado para forjar la identidad, para interiorizar la conciencia realista de los límites de las potencialidades y las capacidades humanas" (Schlemenson; 2002: 114).

Es a todo esto a lo que hacemos referencia cuando hablamos de Trabajo y es por ello que se considera que tal actividad no puede ser reemplazada ni por un monto fijo a través de un subsidio, una pensión o una jubilación; ni por medio de "talleres terapéuticos" que se focalicen en lo relacional dejando de lado tanto el aspecto económico, como la necesidad de dar un aporte personal a la sociedad. Es decir, que lo producido traspase los muros del taller para lograr el mencionado reconocimiento.

¿Por qué hablar de Trabajo desde el Trabajo Social dentro del campo de la Salud Mental?

Hasta aquí se ha intentado aportar una mirada al campo de la Salud Mental desde el Trabajo Social, como una de las profesiones que lucha por el capital en juego dentro de dicho campo.

Según lo planteado, **se entiende a la Salud Mental como un campo necesariamente constituido por una multiplicidad de profesiones, que aportan su saber-hacer en la construcción de un saber transdisciplinario; se trata de una construcción social, que por lo tanto sufre modificaciones a través del tiempo y del espacio.**

No constituye un estado (estático) sino un proceso dinámico, que dependerá en todo momento de la relación del sujeto con su realidad, y al decir realidad, estamos hablando de sus vínculos socio-familiares, su situación económica, su historia, su cultura, así como de sus aspectos físicos y psicológicos. Pues todo esto, inserto en un contexto social,

político y económico más amplio que influye en la construcción de lo que para una época es considerado "sano" o "enfermo".

Se trata de un equilibrio fluctuante, en el que la persona debe trabajar para alcanzar el estado de salud al que aspira, teniendo en cuenta lo que el entorno le ofrece y espera de él. Ya no se trata de un estado interno al sujeto como la psiquiatría pretendió hacernos entender, se trata de una construcción social, cargada de aspectos valorativos, que no puede mantenerse ajena al ejercicio de los derechos humanos y a la construcción de ciudadanía.

Se entiende, de este modo, que el trabajo en Salud Mental no puede estar escindido de la palabra en primera persona, de la manera en que el sufrimiento es vivenciado, es decir, no puede prescindir del 'sujeto de la experiencia'.

Se ha explicitado la posibilidad que tienen los profesionales de hacer de sus prácticas un instrumento de liberación y del riesgo de convertirse en simples reproductores de las relaciones de poder y desigualdad, dado el contexto en el que fueron inventadas las Ciencias Sociales.

En este sentido se considera que, si la decisión es hacer un Trabajo Social que genere transformaciones sociales junto a los "sujetos de la experiencia" y construir día a día un campo de la Salud Mental desde el modelo de la complejidad, estamos obligados a salir afuera, a que nuestras propuestas dejen de girar en torno a muros. Pues, **al decir muros no sólo se hace mención a las paredes que conforman un hospital psiquiátrico, sino que debemos ser conscientes de que "tales muros se parapetan en diversidad de ámbitos que recorren transversalmente lo concreto, lo simbólico y lo imaginario, lo particular, lo singular y lo general" (Kazi, Ajerez; 2008: 12).**

Se trata de una diversidad de "muros" que como sociedad aún mantenemos en pie, que nos impiden pensarnos como un "nosotros" y nos siguen exigiendo una distinción entre razón y locura, entre sano y enfermo, entre normal y anormal, "[…] dicotomías que parecen simétricas, pero sabemos que ocultan diferencias y jerarquías." (De Sousa Santos; 2006: 21).

Porque de alguna forma estos muros continúan ayudándonos a sentirnos protegidos, a sentirnos a salvo de la "locura", palabra que en el fondo sigue siendo un enigma, y como todo lo desconocido, genera cierto temor. **"[…]**

quien está acusando al otro de locura se apropia, en un movimiento tácito, de la racionalidad." (Kazi, Ajerez; 2008: 18).

Teniendo en cuenta esta necesidad de derrumbar muros concretos y simbólicos, se considera que desde el momento en que hablamos de un Campo de la Salud Mental, nuestras prácticas se vuelven necesariamente "comunitarias", es decir, nuestras actuaciones deben pensarse siempre en un contexto comunitario, porque sólo de este modo podrá lograrse aquello que ha tomado el nombre de "desmanicomialización".

Sin embargo, se considera que hablar de la "Comunidad" se vuelve abstracto sino se contextualiza, si no se habla verdaderamente de la cotidianeidad de las personas, si no se entiende que para abrir las puertas del manicomio; y que esto no se convierta en un abandono más, en otro avasallamiento de los derechos de las personas en sufrimiento mental; hay que trabajar con los prejuicios, con las representaciones sociales sostenidas por los diferentes profesionales que trabajarán en los dispositivos que el nuevo modelo propone (casas de medio camino, centros de día, hospitales de día, pensiones, entre otras), con los miedos de las familias y de aquellos que serán vecinos, empleadores, compañeros de trabajo, de estudio.

Es decir, con la comunidad toda, pero estableciendo estrategias de trabajo específicas para romper con estos muros. No debemos olvidar que se puede ser manicomial fuera del hospital psiquiátrico, y esta advertencia vuelve a poner el acento sobre nuestras actuaciones profesionales, nos exige una constante reflexión sobre nuestras prácticas, para no caer nuevamente en el positivismo, aunque hoy se presente bajo otro maquillaje.

En primer lugar, hablamos de trabajo dentro del campo de la salud mental, porque es uno de los aspectos que hace a la vida en la comunidad, porque es un derecho social fundamental, porque hace a la construcción de la ciudadanía. Teniendo en cuanta que el nuevo modelo, nos obliga a correrno s de aquel paradigma que exige la pasividad de quien debe acatar un tratamiento que viene ya delineado, por quien supuestamente, tiene el conocimiento para decidir que es mejor para la vida de los otros, y nos invita a pensar en conjunto nuevas estrategias de actuación que apunten a la construcción de una sociedad verdaderamente inclusiva.

Basaglia dirá "debe darle armas para luchar porque además de resolver el problema de su enfermedad, necesita afecto, dinero, trabajo. Estas son cuestiones de base con las cuales se puede competir con los otros. Cuando yo tengo estos recursos básicos, esenciales, me vuelvo competitivo y puedo expresarme. Si estoy en la miseria, estoy siempre sometido a otro." (2008:54).

Por otro lado, hablamos de trabajo en salud mental porque hemos sostenido que existe una vinculación histórica entre improductividad y locura, "[…] la internación de los "locos pobres" es una consecuencia del hecho de que estas personas no eran productivas, en una sociedad basada en la productividad, y si seguían enfermas era por la misma razón, porque eran improductivas, inútiles para una organización social como ésta. […] Dicho de otra manera, todo lo que no produce está enfermo, no va. […] Las personas marginadas del mundo del trabajo son colocadas en una situación pasiva, de anulación, antisocial, y una de las instituciones para las personas antisociales es el manicomio." (Basaglia; 2008:59).

Se dijo que nuestra profesión se fundamenta en relación a las expresiones de la "cuestión social" y que la misma es entendida como la contradicción existente entre el capital y el trabajo, que se manifiesta a través de las desigualdades sociales, políticas y económicas presentes en nuestra sociedad. Castel nos dirá que "la cuestión social no se reduce a la cuestión de la exclusión. Exclusión o disgregación son el efecto de una conmoción general cuyas causas se hallan en el trabajo y su modo de organización actual" (1996: 2).

"Hoy el problema no reside solamente en la situación de explotación de los trabajadores, sino en la situación de los que ni siquiera están explotados, es decir de aquellos que hasta han sido despojados, expropiados del ejercicio de la capacidad humana de trabajar" (Castronovo, Hopenhayn; 1998:281).

En este sentido, el Trabajo Social no puede mantenerse ajeno a las dificultades que enfrentan las personas en sufrimiento mental para acceder al mercado de trabajo formal, a los dispositivos específicos que se plantean para la "inserción socio-laboral" de las personas en situación de discapacidad, a las políticas públicas dirigidas a dar respuesta a este derecho. Estas cuestiones deben formar parte del ejercicio profesional dentro del campo, en especial dado

el contexto inaugurado a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Estamos en presencia de dos lógicas de exclusión que se entrecruzan, aquella que separa la razón de la locura y aquella generada por quienes acceden o no a un trabajo, por el reconocimiento o no de aquel derecho humano básico, en una población que históricamente fue tratada como "diferente". Estamos hablando de otro de los muros a derribar, y frente a esto, el Trabajo Social no puede mantenerse inerte, está llamado a optar por una postura y actuar de acuerdo a ella.

El Trabajo dentro del Campo de la Salud Mental.

Transformaciones en la atención de la Salud Mental a lo largo de la historia.

Ya se ha expuesto que la primera relación que se puede establecer entre el Trabajo y la Salud Mental, deviene de aquel vínculo presente entre la improductividad y la locura que se da en los albores de la institución manicomial.

El hospital psiquiátrico aparecía como un espacio donde encerrar y hacinar a la locura utilizando el poder de la medicina, es decir, bajo la excusa de alcanzar su cura, escondiendo otros motivos que ya han sido mencionados. ***"[…] la psiquiatría es desde su nacimiento una técnica altamente represiva, que el Estado siempre usó para oprimir a los enfermos pobres, es decir la clase trabajadora que no produce" (Basaglia; 2008:26).***

"Sobre el telón de fondo de la sociedad contractual que la Revolución Francesa instaura, el loco desentona. Irracional, no es sujeto de derecho; irresponsable, no puede ser objeto de sanción; incapaz de trabajar o de "servir", no entra en el circuito reglamentado de los intercambios, esta "libre" circulación de hombres y mercancías a la que sirve de matriz la nueva legalidad burguesa. Foco de desórdenes, hay que reprimirlo más que nunca, pero según un sistema de punición distinto del establecido por los códigos para

aquellos que transgredieron voluntariamente las leyes. Islote de irracionalidad, debe ser administrado, pero según normas distintas de aquellas que asignan su sitio y la sujeción a sus tareas a los sujetos "normales" de una sociedad racional." (Castel; 2009:16)

Sin embargo, no debemos olvidar que en el momento en que hacen su 'aparición' los manicomios, era menor el número de personas que emergían bajo la forma de portadores, de aquello que luego ha tomado el nombre de "cuestión social".

Es decir, todavía podía pensarse que era posible controlar al pueblo a través de instituciones, como el manicomio y la cárcel, donde ubicar a las personas cuya situación podía llevar a revelarse contra el orden establecido.

En este sentido, Basaglia intentará advertirnos "Evidentemente un mundo civil no puede aceptar instituciones como ésta. Hoy todo el mundo sabe que el manicomio es un lugar de dolor y sufrimiento. ¿Qué podemos hacer entonces? Verdaderamente, no somos sólo nosotros, los rebeldes, los que nos preocupamos por cambiar las cosas. También aquellos que gestionan esta sociedad, la clase dominante, se pregunta cuál es hoy el rol de los manicomios. La proliferación de la marginalidad actualmente es muy alta. Es mucho mayor que en la época en la que se construyeron los primeros manicomios. Entonces ¿son todavía necesarios y útiles los manicomios?" (2008:59).

Como ya se ha mencionado, al término de la Segunda Guerra Mundial, resurgen con fuerza diversas críticas sobre el funcionamiento del hospital psiquiátrico; hubieron quienes llevaron estas críticas al extremo, exigiendo la desaparición de tales instituciones totales, y otros que consideraban que podían hacer la diferencia por medio de ciertas transformaciones dentro de la misma institución.

"Había ocurrido un cambio de lenguaje […] ya no se habla en términos médicos de "enfermedad", se habla en términos sociológicos o en categorías políticas de "comunidad", de "democratización", de "participación social", de "gestión social", etc." (Galende; 2008:155).

Se entiende que lo importante, es que este cambio de lenguaje, vaya acompañado de nuevas estrategias de actuación profesional, de dispositivos distintos de atención. De otra forma, el cambio no irá más allá de la palabra,

sea ésta escrita o hablada; sin embargo, se consideran relevantes estos cambios en la denominación, ya que la palabra es un medio de construcción del mundo. Es en este sentido, que elegimos hablar de "persona en sufrimiento mental" y no ya de "loco/a", de "Campo de la Salud Mental" y no sólo de psiquiatría…porque se considera que a través de la palabra también construimos realidad, porque estas formas distintas de nombrar, amplían nuestras opciones en el hacer y son ya una manera de actuar en la sociedad.

Una de las primeras experiencias que se propuso reformar el espacio asilar fue la **"Comunidad Terapéutica"**, iniciada en **Inglaterra** con **Maxwel Jones** y replicada en varios países (incluido el nuestro). Aunque con poca permanencia en el tiempo logró que algunas de sus premisas, como la realización periódica de asambleas, aún hoy se mantengan. ***Aquí comienza a visualizarse el importante papel otorgado al trabajo como "medio terapéutico", se trataba de que los "pacientes" se repartieran las tareas necesarias para mantener el funcionamiento cotidiano del hospital psiquiátrico.***

Teniendo en cuenta que estamos hablando del período de posguerra, "la reforma de los espacios asilares […] se actualiza como un imperativo social y económico ante el enorme desperdicio de la fuerza de trabajo." (Amarante; 2006: 26).

La intención era lograr que todo lo que hiciera el paciente durante su internación, fuera terapéutico, así se "retomó el mito de que el trabajo sería la forma básica para la transformación de los enfermos mentales porque mediante el trabajo se establecería un sujeto marcado por la sociabilidad de la producción." (Birman *en Amarante*; 2006: 26). "La noción de trabajo fue rescatada como una importante actividad que ofrecería a los internados las posibilidades de participación y de asumir responsabilidades" (Amarante; 2009:45).

"Con el advenimiento de la comunidad terapéutica, la propuesta básica de 'humanización' de los asilos para su transformación en efectivos hospitales psiquiátricos debería pasar ahora por la instauración de una microsociedad en la que, por la organización colectiva del trabajo y de los grupos de discusión del conjunto de actividades hospitalarias, serían instituidos los internados como los

agentes sociales de su existencia asilar. […] la locura continuaba a ser representada como 'ausencia de obra', pues apenas en su conversión ortopédica en las prácticas del decir bien y del bien hacer los locos podrían ser reconocidos como sujetos de la razón y de la verdad." (Birman *en Amarante*; 2006: 30).

"En los hospitales psiquiátricos, generalmente se encomienda a los pacientes tareas simples, como rastrillar las hojas, servir la mesa, ayudar en el lavadero y lavar pisos. Aunque el carácter de estos quehaceres derive de las necesidades de trabajo del establecimiento, la versión que se le da al paciente es que con su ayuda volverá a aprender a vivir en sociedad, y que el empeño que demuestre en su cumplimiento se tomará como evidencia de su mejoría. Es posible que el paciente mismo perciba el trabajo desde este ángulo" (Amico; 2005:29).

A partir de aquí, **vemos como el trabajo dentro de la institución psiquiátrica comienza no sólo a tornarse relevante, sino también a mostrar sus caras contradictorias. Aparece con su posibilidad terapéutica, como una manera de que las personas en sufrimiento mental tengan una participación activa dentro de su tratamiento, que se vuelvan protagonistas del mismo. Sin embargo, también esconde un trabajo precarizado, una explotación laboral, donde los internados sostienen muchos aspectos de la dinámica institucional bajo la premisa de la cura, convirtiéndose el trabajo en una estrategia más para controlar la totalidad del tiempo y del cuerpo de las personas.**

Según Basaglia, esta experiencia no fue más que una forma blanda de gestionar el manicomio, "la mano de obra que la industria había inicialmente demandado fue descartada y esta fuerza de trabajo improductiva tuvo que encontrar otra institución. La comunidad terapéutica se redujo a pequeñas islas y los manicomios ingleses retomaron las características de institución represiva, aunque más abierta y tolerante."(2008:101). Es decir ,"[…] recuperar a un enfermo significa recuperar su fuerza de trabajo, pero es necesario que el trabajo exista. Y si este trabajo no existe no hay más motivo para la rehabilitación." (Basaglia; 2008:118).

Otra experiencia de este tipo, se produjo en **Francia** y fue conocida posteriormente con el nombre de **"Psicoterapia Institucional"**, haciendo

referencia a lo realizado por **Francois Tosquelles** en el Hospital de Saint Alban. "Los primeros años de reforma de Sain Alban están marcados por su espacio de resistencia al nazismo, al mismo tiempo en que se implementan iniciativas para salvar de la muerte los enfermos ahí internados y ofrecerles condiciones de curabilidad. […] Tosquelles pregona el principio de la "terapéutica activa", de Herman Simon. Ese movimiento tiene por primer objetivo, en palabras del propio Tosquelles, el rescate del potencial terapéutico del hospital psiquiátrico, tal como lo pretendían Pinel y Esquirol, para los cuales "una casa de alienados es un instrumento de cura en las manos de un médico hábil, es el agente terapéutico más poderoso contra las enfermedades mentales". Por eso, si el hospital psiquiátrico fue creado para curar y tratar enfermedades mentales su destino no debe ser otro." (Amarante; 2006:31)

Por otra parte, existieron otras propuestas que fueron más críticas respecto al manicomio como institución total, que develaron el poder que sostenía el saber del psiquiatra y vieron en el paciente psiquiátrico otro oprimido del sistema capitalista, considerando que ningún cambio sería sostenido en el tiempo si no se acababa con la existencia de los hospitales psiquiátricos.

En este contexto emerge la **"Política de Sector Francesa"**, "surge la idea de llevar la psiquiatría a la población, evitando al máximo la segregación y el aislamiento del enfermo, sujeto de una relación patológica familiar, escolar, profesional, etc. **Se trata por lo tanto de una terapia in situ: el paciente será tratado dentro de su propio medio social y con su medio, y el pasaje por el hospital no será más que una etapa transitoria del tratamiento". (Amarante; 2006:33)**

Se trató de dividir el territorio en sectores, donde funcionara un equipo interdisciplinario y diversos dispositivos de atención, que permitieran que la persona tuviera respuesta en su misma comunidad de pertenencia. **Esta propuesta tuvo el mérito de salir del hospital psiquiátrico y crear hospitales de día, hospitales de noche, hogares para alojamiento, centros comunitarios, entre otros, que permitieron pensar una manera alternativa en la atención de la Salud Mental.**

Además permitió cuestionar la hegemonía del psiquiatra en este campo, y empezar a hablar de un equipo conformado por profesionales

de variadas disciplinas. "El equipo que acompañaba al paciente internado pasaba a acompañarlo cuando recibía el alta dando continuidad al tratamiento y explotando el valor positivo del vínculo ya establecido en el espacio hospitalario." (Amarante; 2009:48)

Siguiendo con las reformas psiquiátricas, cabe mencionar la **"Psiquiatría Preventiva o Comunitaria"**; "el 5 de febrero de 1963 el Presidente Kennedy por primera vez en la historia del país, incluye en su discurso al Congreso de la Nación una referencia amplia a la situación de pobreza y exclusión social, y como parte de esto, la situación de los servicios psiquiátricos. Ingresa una ley para este sector […] a través de la cual **se crean los Centros Comunitarios de Salud Mental en todos los Estados de la Unión. A esta política se sumó la propuesta de Erich Lindeman, de una intervención psiquiátrica preventiva, a la cual llamó "intervención en crisis", que en su formulación consistía en una estrategia de actuar en el momento agudo de los síntomas con un criterio amplio que incluía a la familia, el grupo social, los compañeros de trabajo, etc.**

Se puede considerar a Lindeman como el "padre de la psiquiatría comunitaria", al cual se suma posteriormente la conocida propuesta de G. Caplan de intervenir en los tres niveles desde el criterio de la prevención." (Galende; 2008:156).

Esta propuesta hizo, no sólo que se empezara a hablar en términos de prevención, sino también que se tuviera por objetivo la promoción de la Salud Mental y se dejara de tener como requisito fundamental de la "cura", el aislamiento de la persona con sufrimiento mental, permitiendo un trabajo con los distintos sectores y aspectos que hacen a la vida en sociedad de las personas, su familia, su trabajo, su barrio, la escuela.

Sin embargo, también hay quienes encuentran en este proyecto político una nueva expansión del poder psiquiátrico, ya que el lenguaje específico de tal disciplina comenzó a inundar la comunidad y la medicalización de la vida cotidiana dio un importante salto.

En **Italia**, se produjo una de las más importantes experiencias de desinstitucionalización de la historia, que fue fuente de inspiración para muchos de los que sostuvieron y sostienen la desmanicomialización y el modelo de atención comunitario en Salud Mental. En *Gorizia,* se comenzó a implementar

"de una manera particular, la técnica de la comunidad terapéutica importada de Inglaterra, técnica que permitía a la persona expresarse en asambleas diarias, con libertad, en un espacio abierto y en una nueva relación médico-paciente. Empezó a aparecer la idea de que era posible otro tipo de relación pero, sobre todo, nos dimos cuenta de que si seguíamos con la lógica de la comunidad terapéutica, íbamos a cerrar en la nueva ideología comunitaria -tanto nosotros como los ingleses- una institución que en cambio debía ser permanentemente abierta." (Basaglia; 2008:103).

Este temor está vigente en cada nueva estrategia de actuación en salud mental, todo el tiempo existe el riesgo de caer en las viejas lógicas, aunque con otros nombres y nuevas construcciones edilicias.

En aquel momento, **los profesionales que trabajaban en el manicomio de Gorizia, comprendieron que aunque se modificara el modo de administrar el hospital psiquiátrico, el mismo continuaría siendo un lugar de control y se propusieron como objetivo la eliminación de tal institución.**

Fue también aquí, que se enfrentaron a la indiferenciación entre miseria y locura presente dentro del manicomio. "[…] desde el momento en que dábamos respuesta a la pobreza del internado, su posición cambiaba totalmente, dejaba de ser un loco para transformarse en un hombre con el cual podíamos entrar en relación. Habíamos ya comprendido que un individuo enfermo tiene como primera necesidad, no sólo la cura de la enfermedad, sino muchas otras cosas: necesita una relación humana con quien lo atiende, necesita respuestas reales para su ser, necesita dinero, una familia y todo aquello que también nosotros, los médicos que lo atendemos, necesitamos. Ese fue nuestro descubrimiento. El enfermo no es solamente un enfermo, sino un hombre con todas sus necesidades." (Basaglia; 2008:29-30).

"A inicios de los 70, Basaglia con gran parte del equipo que actuó en Gorizia, inició un trabajo en el hospital psiquiátrico de Trieste, una ciudad mediana, también ubicada al norte de Italia. […] **En Trieste, simultáneamente al cierre de los pabellones o salas psiquiátricas, fueron siendo creados varios otros servicios y dispositivos sustitutos al modelo manicomial. […] Las asambleas, los clubes de internados, la movilización de actores**

sociales, entre los cuales están los pacientes, familiares, técnicos, etc., no servirían a otro fin que no sea el de construir las bases, las posibilidades, el entendimiento de lo que sería posible para superar la institución del encierro." (Amarante; 2009:57)

La experiencia italiana fue conocida como la **"Psiquiatría Democrática"**; a diferencia de las anteriores, logró que la lucha fuera sostenida por la base; no se trató de una transformación llevada a cabo sólo por la jerarquía, los profesionales; sino que logró que la bandera de la desmanicomialización sea apropiada por las diferentes organizaciones sociales que peleaban por sus derechos, fue esta unión de distintos colectivos considerados oprimidos, la que le dio fuerza a esta estrategia de intervención comunitaria.

Asegura el autor, "[…] nuestro trabajo no podía limitarse a la relación con los enfermos y con la locura, sino que debíamos trabajar sobre todo con la población. Nosotros debíamos confrontarnos con las ideas de la gente sobre la enfermedad mental. El pueblo en general, y en particular sus organizaciones, debían tomar las riendas de nuestra lucha, porque de otra forma sería "cientifizada" y volvería al nivel precedente, es decir se transformaría en una nueva ideología científica, nuevamente una ideología burguesa." (Basaglia; 2008:104).

En primer lugar, Basaglia se propuso atacar la pobreza, "[…] la internación de los "locos pobres" es una consecuencia del hecho de que estas personas no eran productivas, en una sociedad basada en la productividad, y si seguían enfermas era por la misma razón, porque eran improductivas, inútiles para una organización social como ésta. […] Dicho de otra manera, todo lo que no produce está enfermo, no va. […] Las personas marginadas del mundo del trabajo son colocadas en una situación pasiva, de anulación, antisocial, y una de las instituciones para las personas antisociales es el manicomio." (Basaglia; 2008:59).

Este movimiento consideraba que la principal forma de prevenir la locura era luchando contra la miseria; porque el hambre, la falta de trabajo, el carecer de una vivienda, impiden a la persona expresarse subjetivamente. "Es obvio que un esquizofrénico es un esquizofrénico, pero sobretodo es un hombre que necesita afecto, dinero, trabajo; es un ser humano

total, y nosotros debemos dar una respuesta no a su esquizofrenia, sino a su ser social y político." (Basaglia; 2008:105).

En este sentido "otras estrategias se relacionaban a las posibilidades reales de inclusión social, ya sea a través de la creación de cooperativas de trabajo o de la construcción de residencias para que los ex internados del hospital pasasen a habitar en la propia ciudad […]" (Amarante; 2009:58).

En el libro de Basaglia, "La condena de ser Loco y Pobre", se puede ver esa contradicción entre el valor subjetivo que tiene el trabajo para toda persona y su capacidad de alienación, su posibilidad de oprimir al hombre por el hombre.

Hacia 1973, Basaglia constató en el Ospedale San Giovanni, que dirigía en Trieste, que gran parte de los "empleados" que allí trabajaban, eran pacientes internados que no recibían salario por su labor, dado su diagnóstico psiquiátrico y por considerarse que lo que hacían allí era parte del tratamiento tendiente a su cura. Frente a esta situación, el equipo de profesionales que postulaba una manera alternativa de atención, logró dar de alta a todos los involucrados, los cuales constituyeron una cooperativa de trabajo ("Lavoratori Uniti" / "Trabajadores Unidos"); que fue contratada para realizar varias tareas del hospital en lo referido a limpieza, cocina, lavado y servicios generales. **Se trató de una experiencia pionera en lo que a cooperativas y empresas sociales se refiere.**

Volviendo nuestra mirada al contexto latinoamericano, veremos la fuerte presencia de **Brasil** en todo lo que a estrategias de atención en salud mental comunitaria y psicosocial se refiere. El proceso de reforma psiquiátrica brasilera, tuvo sus inicios hacia fines de la década del '70, con el surgimiento del Movimiento de Trabajadores en Salud Mental (MTSM), que organizaron primeramente sus reclamos en torno a la situación de los trabajadores de ese campo, así como de la cronificación del manicomio, el uso del electroshock y las condiciones en que se asistía a la población. Se trató de un proceso, de avances y retrocesos en la lucha contra la atención clásica en Salud Mental, que logró plasmarse en la **Ley 9.867**, en el año **1999**.

Esta estrategia se proponía intervenir en crisis, entendiendo a ésta, como un proceso social, que como tal involucra a otros en la atención; **"En salud mental y atención psicosocial, lo que se pretende es armar una red de relaciones entre sujetos, sujetos que escuchan y cuidan –médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, entre otros actores presentes en este proceso social complejo- con sujetos que vivencian las problemáticas – usuarios, familiares y otros actores sociales-" (Amarante; 2009: 82).**

En este sentido, Brasil ha logrado instituir nuevas modalidades de atención, entre las cuales pueden mencionarse los hospitales de día, los talleres terapéuticos y los Centros de Atención Psicosocial (CAPS).

En respuesta al tema que nos ocupa, el ejercicio del derecho al trabajo en salud mental, este país implementó dos maneras distintas de actuación, por un lado, **la ley 10.708 instituyó el "*auxilio-rehabilitación psicosocial* a personas con trastornos mentales externadas de internaciones psiquiátricas", en respuesta a la dificultad que se presentaba en aquellas personas que habían pasado gran parte de su vida internadas, para conseguir un trabajo que les permitiera mantenerse**. Por otro lado, **la Ley 9.867, instituyó las *cooperativas sociales* "creadas con la finalidad de insertar por medio del trabajo a las personas con desventaja en el mercado económico [...] en San Pablo, los Centros de Convivencia y Cooperativas (Cecco), posibilitan espacios de sociabilidad, de redes sociales de solidaridad y promueven el encuentro entre sujetos de diversos orígenes y condiciones sociales y culturales" (Amarante; 2009: 92).**

Continua, ***"Con las cooperativas o empresas sociales y también con los proyectos de generación de renta que incorporaron los mismos principios que las anteriores, la cuestión del trabajador fue objeto de fuertes transformaciones. El trabajo deja de ser una actividad terapéutica (prescripta, orientada, protegida), o deja de ser una forma de simple ocupación de tiempo ocioso, o, también, una forma de sometimiento y control institucional, para volverse una estrategia de ciudadanía y de emancipación social" (Amarante; 2009: 91)***

A nivel nacional, existen diferentes experiencias, aquí se mencionarán brevemente las desarrolladas en las provincias de Río Negro, San Luis y Chubut, iniciadas antes de que se sancionara la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y que han tenido una importante incidencia en su formulación.

Con la recuperación de la Democracia, la **provincia de Río Negro** inicia un importante proceso de transformación del sistema de Salud Mental. El Dr. **Hugo Cohen** se hace cargo de la jefatura del Departamento de Salud Mental en el año 1985, y con él llegan los primeros lineamientos en salud mental.

En el año 1988 se logra el cierre del único hospital psiquiátrico con el que contaba la provincia, el cual se encontraba en la ciudad de Allen, donde eran internadas personas de localidades muy distantes. "Desde un tiempo antes del comienzo de nuestra gestión los Dres. Vera y Cornaglia habían desarrollado una tarea tendiente a la externación de pacientes. Luego creamos un equipo que se ocupó de la misma formado por dos psicólogos: José Schiappa Pietra y Liliana Ingold, y una trabajadora social: Luisa Agneletti de Kissnerman. **El hospital de Allen, primer nosocomio de la Patagonia inaugurado allá por 1900, contaba en 1983 con 120 pacientes internados, cuando yo llegué quedaban alrededor de 80 y se continuó la política de externación. Como simultáneamente comenzamos a desarrollar el trabajo de contención de las crisis en el lugar de residencia habitual de las personas con sufrimiento mental, disminuyeron las derivaciones a Allen. Al disminuir la internación y aumentar la externación fueron quedando camas vacantes y las autoridades pensaron que, al quedar vacío, podía reciclarse el hospital psiquiátrico en hospital general. Ese proyecto se concretó en noviembre del año pasado quedando Salud Mental como un servicio más junto a Clínica Médica, Pediatría, Cirugía y tocoginecología." (Cohen; 1991:42-43).**

Los principios que orientan la práctica de salud mental en la provincia de Río Negro, parten de una concepción de la Salud Mental como lucha, conflicto y de la locura como sufrimiento mental, rescatando los recursos de salud presentes en las personas. Entienden las crisis como una carencia en los recursos básicos que necesitamos como seres humanos, tanto físicos (comida, ropa, vivienda) como afectivos (un otro que de sentido a nuestra existencia) y socio-culturales (pertenencia en la escuela, en el trabajo, en el barrio).

"En la medida en que haya alteraciones en estos niveles puede sobrevenir la crisis […] **todo individuo en crisis debe ser contenido en su medio habitual porque, entre otras cosas, la crisis tiene sentido en la vida de esa persona precisamente en el lugar donde desarrolla su existencia: barrio, taller, club, iglesia, etc. Y es allí también donde existen los recursos para intentar resolverla." (Cohen; 1991:43).**

Con ese objetivo se crearon equipos de intervención en la mayoría de los hospitales generales y "patrullas de salud mental" para desplazarse a los sitios donde pudiera producirse una crisis y no contaran con un equipo propio. Dichos equipos se constituyen, no sólo por profesionales, sino por todos aquellos que apoyen esta modalidad de trabajo y esta concepción de la Salud Mental, "psiquiatras, psicólogos, enfermeras, mucamas, choferes, cocineras, sociólogos, antropólogos, agentes sanitarios y los mismos pacientes." (Natella; 1991: 43).

En 1991 se sanciona en esta provincia la **Ley 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental**, cuyo artículo primero finaliza diciendo: *''La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden."*

Con respecto al derecho al trabajo de las personas en sufrimiento mental, el **artículo 6** expresa ***"La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la presente ley constituyen un derecho y un recurso terapéutico, por ende la Provincia debe garantizar la implementación de los medios adecuados para el acceso al trabajo, como uno de los factores esenciales tendientes a la recuperación de las personas con sufrimiento mental."***, reaparece así el trabajo pensado desde lo "terapéutico", surgiendo, en dicha provincia, la Empresa Social, como alternativa superadora. El artículo 7 continúa: *"La autoridad de aplicación debe procurar de modo permanente y concreto la recuperación de los vínculos sociales de las personas con sufrimiento mental. Asegurar el acceso - cuando no pudiera procurárselo por sí mismo - a la vivienda, educación y capacitación laboral, beneficios previsionales, salud, medicamentos y todo otro elemento necesario a este fin,*

como modo de garantizar la promoción humana y condiciones de vida dignas a las personas con sufrimiento mental."

Hacia 1993, el Dr. **Jorge Luis Pellegrini** fue nombrado director del Hospital Psiquiátrico de **San Luis** y allí comenzaron los cambios en la concepción y la atención de la Salud Mental para dicha provincia. **El Hospital ingresó en un período de asambleas permanentes, de las cuales surgió el objetivo de transformar el psiquiátrico en un hospital de agudos y lograr "sacar el hospital a las calles". "Así se empezó por personalizar los tratamientos y se inició una política de puertas abiertas, reconectando a los pacientes con la comunidad y su familia. Por otro lado se puso en marcha un plan de externación, apoyado en una red de atención comunitaria, a la vez que se desplegaron actividades de educación para la salud en la comunidad." (Amico; 2005:65)**

En 1998 no sólo ya no se trataba de un monovalente, sino que se había creado una escuela dentro del mismo hospital para capacitar al personal desde esta nueva concepción de la salud y la enfermedad, ya que una de las mayores dificultades con las que la reforma había tenido que luchar fue el lograr la transformación con los mismos profesionales que durante años habían sostenido el modelo de peligrosidad, encierro y exclusión.

"Algunos pacientes aún viven allí y otros encontraron nuevos hogares; en algunos casos reciben ayuda de municipalidades, juntas vecinales o centros de salud. Muchos servicios de salud mental fueron organizados en hospitales generales. Se organizó el presupuesto del hospital y se hicieron reasignaciones. El gasto en medicamentos bajó un 70% y ese dinero solventó planes de atención domiciliaria para atender la enfermedad y ayuda social a pacientes externados. El hospital provee medicamentos, ropa, calzado y hasta materiales de construcción para sus casas." (Amico; 2005:66)

A partir del año 2004, la política de salud mental que adoptó la **provincia de Chubut** desde el Sector Salud, está basada en un modelo de orientación comunitaria. "En lo referido a Salud Mental, en el año 2004 existían sólo 5 Servicios ubicados en las ciudades más importantes: Esquel, Puerto Madryn, Trelew, Rawson y Comodoro Rivadavia. Algunos de ellos con escaso recurso

humano, se dividían en un área de internación y otra de consultorios externos, estando las prácticas muy focalizadas en la atención, especialmente a trastornos psiquiátricos. Uno de los Servicios contaba con un Hospital de Día cuyas actividades estaban paralizadas. Todos ellos, salvo el de Trelew, estaban dentro de Hospitales Generales. En la zona rural algunos pocos hospitales tenían un psicólogo cuya labor se realizaba desarticulada de la red de salud mental. Además de los recursos públicos del área existían un gran número de pacientes internados en una Clínica Privada con financiamiento estatal. Siendo una práctica habitual la derivación a la misma. Desde el año 2003 también funcionaba la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria con sede en el Centro de Salud Tiro Federal de Trelew. **El principal objetivo que nos planteamos desde el Departamento Provincial fue el trabajar con los equipos de los distintos lugares, los cuales eran los protagonistas del cambio y de la posibilidad de implementar prácticas diferentes en el horizonte de un modelo de salud mental que apunte a la calidad de vida de las personas y al respeto por sus derechos." (Zelaya y Freytes Frey; 2007)**.

Se pretendía integrar la Salud Mental a la Atención Primaria de la Salud, así como disminuir el número de internaciones y principalmente institucionalizaciones, entendidas por la ley provincial de salud mental como *"la reclusión, internación, guarda o medida similar sobre personas, sin objetivos terapéuticos reparatorios, ni plazos temporales; al sólo efecto de su alojamiento y/o exclusión social, restringiendo su libertad y/o negando su autodeterminación y autonomía."*

La focalización en el tratamiento ambulatorio ha dejado a la internación como último recurso. "El mayor desafío no está dado por los "trastornos psiquiátricos", sino por las problemáticas sociales complejas, entendiendo como tales aquellas que afectan a grupos que sistemáticamente han sido violentados en sus derechos. Es el trabajo con estos grupos el que representa el mayor reto, interpela nuestros saberes y certezas y nos obliga a generar estrategias novedosas y creativas. Especialmente para no caer en la tentación siempre latente de psicologizar o psiquiatrizar los problemas de sufrimiento cotidiano de

personas que están estrechamente relacionados con condiciones sociales, económicas y culturales." (Zelaya y Freytes Frey; 2007).

En continuidad con lo expuesto, la **Ley de Salud Mental de la Provincia de Chubut N° 3.844**, promulgada en el año **2009**, menciona entre los derechos de las personas en sufrimiento mental enumerados en su artículo 6, el ***derecho "a la residencia y al trabajo en la comunidad"***, **destacando la presencia de empresas sociales, como una iniciativa promovida desde la Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria con el objetivo de facilitar la reinserción laboral, social y cultural de las personas en sufrimiento mental.**

Las empresas sociales de salud mental son alternativas para la inclusión social y la capacitación en algún oficio de personas en situación de vulnerabilidad psicosocial, teniendo como meta final la posterior inserción laboral de las mismas. Forman parte del Programa Ocupacional Laboral de la Dirección de Salud Mental Comunitaria de la Provincia de Chubut, y trabajan con una modalidad grupal que incluye personas con padecimiento psíquico y otras en situación de vulnerabilidad social. En esta provincia, la definición de Salud Mental expuesta en la ley ya manifiesta un marcado vínculo con el Trabajo: "es un estado de bienestar en el que el individuo manifiesta sus propias habilidades, trabaja productivamente y es capaz de contribuir al bienestar de la comunidad."

Este recorrido por distintas reformas y transformaciones que se han dado en el campo de la Salud Mental, tanto dentro del país como en otras partes del mundo, ha sido con el fin de exponer no sólo las distintas maneras en que se ha interpretado el "Trabajo" dentro del campo, sino también la gran variedad de experiencias de las cuales se puede tomar aprendizajes para alcanzar una forma comunitaria de hacer en Salud Mental. Una modalidad de trabajo que si bien tiene trayectoria en distintas provincias, recién desde fines del 2010 cuenta con una Ley Nacional, que viene a avalar sus concepciones y a exigir el respeto por los derechos humanos de todas las personas en sufrimiento mental a lo largo de todo el país.

Hemos visto, como la falta de un trabajo productivo pudo constituirse en motivo de ingreso y permanencia al hospital psiquiátrico; como ha formado

parte también de la dinámica de premios y castigos dentro de las instituciones totales; como ha consistido en una explotación laboral para que los "pacientes" realizaran las tareas necesarias para sostener la institución y como también, ha formado parte de estrategias intersectoriales a implementar para lograr la integración social.

A continuación se tratará de exponer, por qué se considera decisivo saber si entendemos al trabajo como terapia o lo concebimos como un derecho; y fundamentalmente, qué implicancias tiene esto en los dispositivos y políticas públicas a implementar en salud mental.

Del Trabajo como Terapia al Trabajo como Derecho

Bajo el modelo alienista, toda acción que se realizaba respecto a quien era considerado 'enfermo mental' era seguida por la palabra 'terapéutico/a'. El encierro; la separación de la familia, los amigos, los vecinos; la ingesta de medicamentos; el electroshock; todo era terapéutico, parte del tratamiento tendiente a su 'cura'.

De esta forma, también ha sido considerado el trabajo en la 'locura'; **"[…] el trabajo sería 'el medio terapéutico más precioso' que estimulaba la voluntad y la energía, y consolidaba la resistencia cerebral con tendencia a hacer desaparecer a los vestigios del delirio" (Amarante; 2009: 41)**

Esta consideración del trabajo, se encontraba alejada de la perspectiva del derecho y esto debe vincularse con la anulación del sujeto que realizaba el modelo positivista; quien concebía la relación profesional-persona en sufrimiento mental, como una relación sujeto-objeto; "desproveyéndolo de su condición de sujeto lo priva a la vez de todos los derechos de un semejante" (Galende; 2008:80)

Así vista, "La *relación terapéutica ¿no actúa -de hecho- como una nueva violencia, como una relación política tendiente a la integración, desde el momento en que el psiquiatra-representante de la sociedad- tiene la misión de cuidar a los enfermos mediante actos terapéuticos cuya única significación es ayudarles a adaptarse a su condición de 'objeto de violencia'? ¿No significa*

esto confirmar a los ojos del enfermo que ser el objeto de la violencia es la única realidad que se le reconoce, independientemente de las distintas modalidades de adaptación que puede adoptar?" (Basaglia; 1972:142)

En este contexto, el trabajo era percibido como una técnica más de control institucional, una forma de llenar hasta aquellos espacios de tiempo que podían ser considerados "ociosos", una actividad terapéutica, y como tal, prescripta, orientada, protegida.

Entonces, se anula de este modo, la posibilidad de expresar un deseo, de elegir; "la experiencia del sujeto, de su ser en el mundo, implica espontaneidad, deseo, imaginación, creación, intuición y, especialmente, capacidad de transformación no sólo de su ambiente natural y social sino de sí mismo." (Galende; 2008:95). Todo esto, que como ya hemos visto es estimulado por el propio concepto de Trabajo, desaparece al pautarlo como una actividad más dentro del hospital psiquiátrico, al anular al sujeto e impedir que exprese su subjetividad.

Así como no existía la posibilidad de elegir a qué hora ni qué comer, en que momento bañarse o cómo vestirse, tampoco se podía tomar ninguna decisión propia respecto al trabajo. "Lo que se ha revelado como antiterapéutico y destructor, en las instituciones psiquiátricas, no es una técnica o un instrumento particular, sino el conjunto de la organización hospitalaria, la cual -inclinada por completo hacia la eficacia del sistema- ha objetivado inevitablemente al enfermo, que debía constituir su única razón de ser. Desde este punto de vista resulta evidente que la introducción de una nueva técnica terapéutica en el antiguo terreno institucional es al menos precipitada, cuando no claramente nociva." (Basaglia; 1972:157)

Se han mencionado las transformaciones que han tenido lugar en el campo de la Salud Mental, respecto a su manera de concebir al sujeto y cómo esto influye en el tipo de atención y actuación profesional.

En el capítulo posterior, se hará particular referencia al marco jurídico y dentro de él a las implicancias que tiene la **Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657**. Por ahora, basta con señalar que la misma viene a ubicar a la persona en sufrimiento mental, como sujeto de derecho, lo que lo pone en igualdad de condiciones para ejercer y reclamar los derechos que la constitución argentina reconoce a todos sus miembros.

Hasta el momento, era difícil correr del centro de la escena a la enfermedad, hoy la ley viene a ponerla entre paréntesis para que aparezca frente a nosotros el 'sujeto de la experiencia'; una persona con las mismas necesidades que el resto de la sociedad, necesidades que históricamente han sido negadas, insólitamente bajo la premisa de una sola necesidad reconocida, la salud, su "cura"; pareciera que todos los derechos hubieran sido eclipsados por uno sólo: el derecho a la salud, aun cuando éste haya sido comprendido controversialmente .

En este sentido, se cree que para hablar verdaderamente del trabajo como derecho, se debe dejar oír aquella voz acostumbrada a ser silenciada o escondida bajo las palabras del "especialista".

Pues, "si hablamos de curación vemos que la persona que cura, el médico, no considera al paciente sujeto de la curación, sino objeto. Así, el tratamiento se transforma, objetivamente, en puro calco del médico y no permite al enfermo ninguna posibilidad de expresarse subjetivamente. En este sentido nosotros decimos que la curación es una forma de control porque, desde el momento en que no hay expresión subjetiva por parte del enfermo, el tratamiento no genera otro resultado que la reproducción objetiva del juego del capital." (Basaglia; 2008:112). De la misma manera, cuando hablamos de inclusión, esta palabra debe tomar significado desde el sujeto de aquella inclusión, sino se continuará, aunque ahora de manera camuflada, ejerciendo una forma de control.

Castel realiza una distinción entre las **"Políticas de Integración"** y las **"Políticas de Inserción"**. Dice, "Llamo 'políticas de integración' a las animadas por la búsqueda de grandes equilibrios, de la homogeneización de la sociedad a partir del centro. Ellas proceden mediante orientaciones e instrucciones generales en un marco nacional. Son ejemplos los intentos de promover el acceso de todos a los servicios sociales y la educación, la reducción de las desigualdades sociales y un mejor reparto de las oportunidades, el desarrollo de las protecciones y la consolidación de la condición salarial. […] Las políticas de inserción obedecen a una lógica de discriminación positiva: se focalizan en poblaciones particulares y zonas singulares del espacio social, y despliegan estrategias específicas. Pero si ciertos grupos, o ciertos lugares, son entonces objeto de atención y cuidados

adicionales, ello ocurre a partir de la constatación de que tienen menos y son menos, de que están en una situación deficitaria. En realidad, padecen un déficit de integración […]" (Castel; 2009:422-423)

Esta distinción entre políticas de inserción y políticas de integración, puede relacionarse con la diferencia existente entre tomar al trabajo como terapéutico en unos y entenderlo como derecho en otros. Se considera que el hecho de concebirlo como terapéutico al hablar de personas en sufrimiento mental, o más generalmente, de personas en discapacidad, viene a marcar una distinción más; entre un ellos y un nosotros. En todo caso, como ya se ha expuesto, el trabajo ha de ser terapéutico para todos, en el sentido de considerarse un sostén de nuestra identidad, y a través de ella, de nuestra salud mental.

"El drama actual de la inserción -que no es culpa de la inserción como tal ni de la gente que intenta ponerla en práctica-, es que el expediente provisional se consolida y se convierte en una situación que corre el riesgo de devenir permanente para un máximo de personas que no se reintegran a través del trabajo. ¿Qué otra cosa significa ser un insertado permanente, alguien de quien hay que ocuparse indefinidamente sin encontrarle nunca una plaza estable? Se busca inventar ocupaciones para que no se vean completamente abandonados, al tiempo que se pierde la esperanza de reintegrarlos en el sentido fuerte de la palabra, es decir, de encontrarles un trabajo estable, pues en la mayor parte de los casos la reinserción pasa por ahí" (Castel; 1996: 5).

Entonces, la pregunta es: las estrategias de inserción laboral que ofrecen dispositivos terapéuticos-laborales específicos para las personas en sufrimiento mental: *¿corren el riesgo de constituirse en nuevos "guetos de la locura" que impiden una integración real?; ¿Qué sucede con el trabajo como derecho en las personas en sufrimiento mental? ¿Acaso no se desdibuja cuando aparece necesariamente vinculado a lo terapéutico? ¿Cuándo deben crearse dispositivos específicos de inserción laboral? ¿No perdería su carácter de gran instrumento de integración social, cuando permite esa línea divisoria entre un "ellos" y un "nosotros"?*

Debemos entender esta situación, como parte de un contexto más amplio de lucha por recuperar derechos, que han sido particularmente avasallados en

los años de fuerte implementación de las políticas neoliberales. Es decir, cuando el desempleo y la precariedad laboral comenzaron a tornar parte del paisaje; cuando cada vez más personas ingresaron a la categoría de 'vulnerables' y la cuestión social pasó de ser una cuestión de explotación, a una situación de exclusión, para quienes no podían ejercer el derecho a trabajar.

En este marco, donde el acceso al trabajo formal se volvía una tarea cada vez más ardua, obtener un trabajo para las personas en discapacidad parecía acercarse a una utopía. Aún más, dentro de las personas en discapacidad, siempre ha sido más difícil para las personas en sufrimiento mental, acceder a oportunidades laborales.

"[…] el desempleo es sólo la manifestación más visible de una transformación profunda de la coyuntura del empleo. La precarización del trabajo es otra característica, menos espectacular, pero sin duda más importante. […] las formas particulares de empleo que se han desarrollado incluyen una multitud de situaciones heterogéneas: contratos de trabajo por tiempo determinado, trabajo provisional, trabajo de jornada parcial, y diferentes formas de "empleos ayudados", es decir sostenidos por el poder público en el marco de la lucha contra el desempleo" (Castel; 2009:404)

"[…] entre el empleo normal y la asistencia, entre la inserción social y la recalificación profesional, entre el sector del mercado y el sector protegido, hay un 'tercer sector' también llamado a veces 'de economía social'. Estas actividades están en vías de expansión, en particular a través del tratamiento 'social' del desempleo; en ellas suele ser difícil decidir si el objetivo perseguido es el retorno al empleo o la instalación en una situación que es, precisamente 'intermedia' entre el trabajo y la asistencia." (Castel; 2009:451-452)

Tal vez, sea el resabio de una historia de exclusión, la que nos permite pensar al trabajo en salud mental como un suceso apartado del derecho al trabajo en general. Debemos ser cuidadosos y críticos respecto a los dispositivos que se nos presentan e incluso creamos como alternativos; porque en ellos, también pueden anularse subjetividades, también allí, las actividades pueden estar de tal manera planteadas que impidan la expresión de deseos y necesidades personales, en ellos también, se puede caer en la trampa de

homogeneizar a las personas en sufrimiento mental; impidiéndoles expresarse como verdaderos sujetos de derechos.

Foucault nos ha hablado de la red institucional de secuestro, para nombrar las instituciones que conforman nuestra sociedad y dejar al descubierto sus verdaderas intenciones. “Ya en las instancias de control que surgen en el siglo XIX el cuerpo adquiere una significación totalmente diferente y deja de ser aquello que debe ser atormentado para convertirse en algo que ha de ser formado, reformado, corregido, en un cuerpo que debe adquirir aptitudes, recibir ciertas cualidades, calificarse como cuerpo capaz de trabajar.” (Foucault; 2003).

Sin embargo, en muchos casos sucede lo que Castel ha planteado como *el drama de la inserción permanente*, por no poder asegurar que haya un mercado de trabajo capaz de absorber la mano de obra. Y entonces, suele parecer que ciertos dispositivos no cuentan con otra función que la de controlar el cuerpo y el tiempo de las personas en sufrimiento mental, (talleres en los que las personas pasan horas durmiendo en sus sillas, otros en los que se producen objetos que no logran ser comercializados); aunque ahora bajo medios más sutiles que el hospital psiquiátrico.

En “La verdad y Las formas jurídicas”, Foucault interpreta la cárcel como institución emblemática del encierro: “«La mejor prueba de que vosotros no estáis en prisión es que yo existo como institución particular separada de las demás, destinada sólo a quienes cometieron una falta contra la ley».” Y agrega, del mismo modo, ha actuado el hospital psiquiátrico, convenciendo al que se queda por fuera de él de su “racionalidad”; hoy debemos preguntarnos si este no es un riesgo que en la actualidad corren los dispositivos específicos de inserción laboral.

“Uno de los horizontes de la intervención en lo social se relaciona con hacer visible aquello que diferentes velos, máscaras o incertidumbres no dejan ver, tal vez porque esa visibilización implica el temor a estar de ese otro lado, producto de la sumatoria de inseguridades e inquietudes. Por eso no alcanza con la mera voluntad de saber o con la inquietud de “ver”, sino que hacen falta dispositivos que acerquen o que sencillamente recuerden la condición humana de unos y otros” (Carballeda; 2002:76).

IV.IV. El TRABAJO COMO VECTOR DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Como se ha dicho, la presente investigación se centra en la manera en que las personas en sufrimiento mental ejercen su derecho al trabajo, tomando al mismo como vector principal de integración, así también, como soporte de la dignidad y la ciudadanía, teniendo en cuenta que, el trabajo representa el principal acceso a los derechos sociales.

Para analizarlo, se partirá del 'sujeto de la experiencia', del sujeto que sufre, pero esencialmente, se partirá de un sujeto de derecho. Entendiendo que "la integración o la no integración, entendida como el acceso a la ciudadanía, se mide en relación a si las personas logran o no reproducir su existencia económica. La exclusión se encuentra en relación directa con el cercenamiento del derecho al trabajo que evidencian nuestras sociedades" (Castronovo, Hopenhayn; 1998:280).

Sin embargo, veremos que el cercenamiento de este derecho no afecta sólo la reproducción económica, sino que repercute en la vida familiar y social de los sujetos, es decir en su capacidad de construir y sostener vínculos que le brinden apoyo social, recurso esencial para enfrentar momentos de crisis, como puede ser el sufrimiento mental.

Al hablar de ciudadanía, se hace referencia a aquel "vínculo de integración social que se construye a partir del acceso a los derechos sociales siempre cambiantes en una comunidad" (Levin; 1997:4).

En Argentina, durante el denominado "Modelo justicialista" (1945-1955) el sujeto de estos derechos sociales fue el "trabajador formal"; esta trayectoria nos permite afirmar que "en esta categoría quedan adscriptos los derechos sociales en nuestro país. Se definió así, un perfil de ciudadanía social que si bien no tuvo un carácter universalista, logró articular un importante vínculo de integración social que funcionó como marco de contención social y a la vez de legitimación política del modelo vigente." (Levin; 1997:6).

Siguiendo a la misma autora, se afirma que la relación dada entre las titularidades (derechos) y las provisiones (bienes materiales e inmateriales), condicionarán el tipo de ciudadanía sostenida por un país, en un período histórico determinado. "En nuestro país el derecho al trabajo como titularidad, constituye la puerta de acceso al sistema de protección social y de adquisición de bienes y servicios (provisiones) regulado legalmente. […] La relación entre titularidades y provisiones adquiere mayor o menor intensidad en función del comportamiento y regulación legal del trabajo" (Levin; 1997:5).

Es decir, que hablamos necesariamente de integración social al hacer referencia al trabajo, porque en nuestra sociedad, los dispositivos de integración se encuentran ligados básicamente a los derechos laborales, y la pérdida de ellos lleva a situaciones de desafiliación.

"El salario reconoce y remunera el trabajo 'en general', es decir las actividades potencialmente útiles a todos. Por lo tanto, en la sociedad contemporánea, para la mayor parte de sus miembros, es el fundamento de su ciudadanía económica. Está asimismo en el origen de la ciudadanía social: este trabajo representa la participación de cada uno en una producción para la sociedad, y por lo tanto en la producción de la sociedad. Es entonces el vehículo concreto sobre cuya base se erigen los derechos y deberes sociales, las responsabilidades y el reconocimiento, al mismo tiempo que las sujeciones y las coacciones." (Castel; 2009:456)

En tal sentido, el Trabajo no sólo nos permite acceder a un importante sistema de protección social, sino que además es el derecho cuyo ejercicio nos permite hacer efectivo el acceso a otros bienes reconocidos por otros derechos. A esto se hace referencia, al sostener que constituye el principal acceso a los restantes derechos sociales.

Hay autores que dividen el análisis de la ciudadanía; en civil, política y social. Sin embargo, para que exista un ejercicio efectivo de la ciudadanía, es necesario que se den ciertas condiciones de equidad a nivel de los derechos sociales. Es decir, sin la posibilidad de acceder a una educación de calidad, a un sistema de salud público calificado, a un trabajo justamente remunerado, a una vivienda digna, entre otros, difícilmente pueda hablarse de un verdadero ejercicio de los derechos tanto civiles como políticos. "De ahí la imposibilidad de suponer una ciudadanía política independiente de umbrales mínimos de

ciudadanía social, capaces de proporcionar una vida digna. De ello depende que la gente pueda informarse, tenga acceso al conocimiento en base al cual definirá elecciones, tenga condiciones y disposiciones para acceder a espacios públicos de discusión, aspectos todos que hacen a la ciudadanía política." (Aquín; 2003:18)

Estamos hablando, de una "actividad humana que conlleva cierto grado de energía y es productora de bienes, tanto económicos como políticos, sociales y subjetivos […] hablamos de un ser humano que, además de vivir de su trabajo y sentir que, a través de él, contribuye al bien común, posee en su labor posibilidades de creación, de expresión y de desarrollo personal. Es decir, un individuo que a través de su trabajo es creador de su propia identidad" (Martínez García en Schvarstein y Leopold; 2005:52)

Como se puede apreciar, **se considera al Trabajo, no solo, una fuente de recursos económicos, por medio del cual las personas son capaces de dar respuesta a las necesidades más apremiantes de la vida, como son la alimentación, la vestimenta y la vivienda. Se lo entiende, como un momento de encuentro con otros, cómo una posibilidad de participar dentro de la sociedad y de ser reconocidos por nuestras acciones dentro de un proyecto común, como una oportunidad de crear y crearnos, de transformar un aspecto de la realidad y al mismo tiempo sufrir una transformación en nuestra propia existencia.**

Pues, "a través del trabajo nos manifestamos, nos expresamos, ejercemos nuestra creatividad y, al hacerlo, crecemos como personas. Desplegar a pleno las potencialidades constituye un imperativo del que no se puede escapar. Si no lo logra, el individuo sucumbe a la frustración y su vida se empobrece. En suma el trabajo es un organizador de la personalidad y un sustento de la identidad." (Schlemenson; 2002: 115)

Se concuerda con Castel al pensar al trabajo "como un soporte privilegiado de inscripción en la estructura social. Existe […] una fuerte correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que "cubren" a un individuo ante los riesgos de la existencia." (2009:15).

A partir de esta interpretación, el autor hace referencia a diferentes **"zonas de cohesión social"**, vinculando la situación laboral con los soportes relacionales que posee el sujeto, lo cual le permitirá hablar de una **zona de integración** (trabajo estable e inserción relacional sólida); una **zona de vulnerabilidad social** (precariedad del trabajo y fragilidad de los soportes de proximidad) y de una **zona de desafiliación** (toma esta palabra en lugar del término 'Exclusión'[2]), caracterizada por "la ausencia de participación en alguna actividad productiva y el aislamiento relacional". (Castel; 2009:15).

"La precarización del empleo y el aumento del desempleo constituyen sin duda la manifestación de un déficit de lugares ocupables en la estructura social, si entendemos por 'lugar' una posición con utilidad social y reconocimiento público. […] los 'inútiles para el mundo', que viven en él pero no le pertenecen realmente […] ocupan una posición de supernumerarios, flotan en una especie de tierra de nadie social, no integrados y sin duda inintegrables, por lo menos en el sentido en que Durkheim habla de la integración como pertenencia a una sociedad formada por un todo de elementos interdependientes" (Castel; 2009:416)

En este sentido, se considera que la remuneración es un aspecto fundamental en el trabajo, siendo que hace a la emancipación social y a la construcción ciudadana. Pero el trabajo no agota su relevancia sólo mediante el aspecto económico. De otro modo, la desocupación se solucionaría a través de un subsidio capaz de asegurar determinado monto de dinero.

La época de "pleno empleo" en nuestro país, ha llevado a confundir los términos de trabajo y empleo, a usarlos indistintamente, dejando de lado todo lo que el trabajo incluye por fuera del empleo. Olvidando que el empleo es sólo una forma de expresión del trabajo, capaz de otorgarle un lugar privilegiado al salario como fundamento del trabajo, y menospreciando las demás funciones que éste posee; en tanto, sustento de la identidad, constructor de vínculos y desarrollo personal, a través de la delimitación de un proyecto de vida.

[2] "La exclusión es inmóvil. Designa un estado o, más bien, estados de privación. Pero la simple constatación de las carencias no permite captar los procesos que las generan. […] Hablar de desafiliación, en cambio, no es confirmar una ruptura, sino retrazar un recorrido." (Castel; 2009:16-17)

"Los seres humanos no trabajan sólo por dinero, como tampoco lo hacen sólo por satisfacer una necesidad inherente de crear. Trabajamos por varios motivos – dinero, despliegue físico e intelectual, interacción social, búsqueda de status social y de sentido, impulso creativo-." (Hopenhayn; 1988:163); debemos pensar en lo que implica la imposibilidad de ejercer este derecho humano fundamental, que hace a nuestra esencia; en cómo afecta en el seno de las familias, en las relaciones barriales, comunitarias; en cómo lleva a replegarse en la individualidad, a encerrarse. Cuando se habla del trabajo como vector de integración social, se está haciendo referencia a todas estas posibilidades que implica el trabajar.

Dejours atribuye al trabajo un relevante lugar dentro del campo de la Salud Mental, "porque el trabajo es el medio, tal vez es también un derecho de aportar una contribución a la sociedad, y a cambio obtener un reconocimiento que puede inscribirse en el proceso mayor de realización de sí mismo".

Tal reconocimiento pasa, según este autor, por dos tipos de juicio, el "juicio de utilidad", que diferencia al trabajo del ocio, y el "juicio de belleza"; "La apuesta del reconocimiento es una apuesta a la salud mental, en la medida que mi identidad no la sostengo solamente yo. La sostengo a través de la mirada del otro […] el reconocimiento me confiere la pertenencia a un equipo, a un colectivo, a una actividad, incluso a una comunidad de pertenencia. El reconocimiento confiere a cambio de mi sufrimiento, una pertenencia que también conjura la soledad. En resumen, permite a quien trabaja transformar su sufrimiento en crecimiento de su identidad. La identidad es el sostén de la salud mental" (Dejours; 2010).

IV.V CONTEXTO JURÍDICO-LEGAL

"la palabra es un operador de transformación:
transformador del mundo, de los otros y de sí mismo […].
Construyamos un discurso bien hecho: el mundo obedecerá."
(Fabri, P.)

La Constitución Nacional y los Tratados Internacionales con jerarquía Constitucional

El presente capítulo intentará hacer un recorrido por los distintos instrumentos legales que materializan el derecho al trabajo; tanto los específicos al campo de la Salud Mental, como aquellos de aplicación general a todos los ciudadanos del país.

El Trabajo como Derecho, es reconocido en la **Constitución Argentina**, en sus artículos 14, 14bis. y 16.

Art. 14.- ***Todos los habitantes de la Nación gozan de los siguientes derechos*** *conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio; a saber:* ***de trabajar y ejercer toda industria lícita*** *[…].*

Art. 14 bis.- ***El trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador: condiciones dignas y equitativas de labor; jornada limitada; descanso y vacaciones pagados; retribución justa; salario mínimo vital móvil; igual remuneración por igual tarea; participación en las ganancias de las empresas, con control de la producción y colaboración en la dirección; protección contra el despido arbitrario; estabilidad del empleado público; organización sindical libre y democrática, reconocida por la simple inscripción en un registro especial.***
Queda garantizado a los gremios: concertar convenios colectivos de trabajo; recurrir a la conciliación y al arbitraje; el derecho de huelga. Los representantes gremiales gozarán de las garantías necesarias para el cumplimiento de su gestión sindical y las

relacionadas con la estabilidad de su empleo.
El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna.

Art. 16.- *La Nación Argentina no admite prerrogativas de sangre, ni de nacimiento: no hay en ella fueros personales ni títulos de nobleza.* ***Todos sus habitantes son iguales ante la ley, y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad.*** *La igualdad es la base del impuesto y de las cargas públicas.*

En este sentido, puede verse que el sufrimiento mental no debería constituir un impedimento a la hora de ejercer un trabajo formal dentro de la sociedad.

Existen también, diversos tratados internacionales sobre derechos humanos, que a partir de la reforma de la Constitución Argentina en el año 1994, alcanzaron jerarquía constitucional y que han sido reconocidos y enumerados por el **artículo 75 inciso 22.**

"[…] en lo más alto de la pirámide normativa se encuentra el denominado **"bloque de constitucionalidad", integrado por la Constitución y los Tratados**, **a los que se les otorga, o se les otorgará en el futuro, jerarquía constitucional**; un escalón más abajo se encuentran los demás tratados internacionales ratificados por la Argentina y, por debajo de ellos, las leyes y el resto de los instrumentos normativos." (Acuña y Bulit Goñi; 2010: 131-132)

En la temática que nos compete, se mencionará brevemente la ***Declaración Universal de Derechos Humanos,*** aprobada el 10 de diciembre de 1948, que en su ***artículo 2 inciso 1***. Deja explícitamente expuesto que *"toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica,*

nacimiento o cualquier otra condición." Dejando constancia del Derecho al Trabajo del que debe gozar toda persona:

Artículo 23.- 1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Por otra parte, el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, suscripto en Nueva York, el 19 de diciembre de 1966 y aprobado por Argentina en 1986, por Ley N° 23.313, reconoce que *"con arreglo a la Declaración Universal de Derechos Humanos no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos".* Este pacto dedica a la cuestión del trabajo dos de sus artículos y al respecto establece:

Artículo 6. - 1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho a trabajar que comprende el derecho de toda persona de tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado, y tomarán medidas adecuadas para garantizar este derecho.
2. Entre las medidas que habrá de adoptar cada uno de los Estados partes en el presente Pacto para lograr la plena efectividad de este derecho deberá figurar la orientación y formación técnico profesional, la preparación de programas, normas y técnicas encaminadas a conseguir un desarrollo económico, social y cultural constante y la ocupación plena y productiva, en condiciones que garanticen las libertades políticas y económicas fundamentales de la persona humana.

<u>Artículo 7.</u> - Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren en especial:
a) una remuneración que proporcione como mínimo a todos los trabajadores:
i) un salario equitativo e igual por trabajo de igual valor, sin distinciones de ninguna especie; […]
ii) condiciones de existencia dignas para ellos y para sus familias conforme a las disposiciones del presente Pacto;
b) la seguridad y la higiene en el trabajo;
c) igual oportunidad para todos de ser promovidos, dentro de su trabajo, a la categoría superior que les corresponda, sin más consideraciones que los factores de tiempo de servicio y capacidad;
d) el descanso, el disfrute del tiempo libre, la limitación razonable de las horas de trabajo y las vacaciones periódicas pagadas, así como la remuneración de los días festivos.

Pero, siendo la historia de "la locura" la historia de reiterados abusos contra los derechos humanos, de la negación de la existencia de estas personas como sujetos de derecho, de la privación de la libertad que les permitiría ejercerlos; entonces se han hecho necesarios instrumentos jurídicos específicos para esta población, y allí aparece, por ejemplo, la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, la cual cuenta con jerarquía constitucional desde el año 2008, mediante la Ley 26.378. **"el énfasis de la Convención se orienta a las trabas, barreras y dificultades que la sociedad antepone entre la Persona con discapacidad y su plena inclusión […]" (Acuña y Bulit Goñi; 2010: 26)**

Por considerarlo uno de los instrumentos legales más relevantes para exigir el cumplimiento de los Derechos de las Personas en Discapacidad, entre las cuales se encuentran las Personas en Sufrimiento Mental, se hará una exposición más exhaustiva a su respecto.

"La Convención es […] el resultado de un largo proceso, en el que participaron varios actores: Estados miembros de la ONU, observadores de la ONU, cuerpos y organizaciones importantes de la ONU, relator especial sobre discapacidad, instituciones nacionales de derechos humanos y organizaciones

no gubernamentales, entre las que tuvieron un papel destacado las organizaciones de personas con discapacidad y sus familias.

Este nuevo instrumento supone importantes consecuencias para las personas con discapacidad, y entre las principales se destaca la "visibilidad" de este grupo ciudadano dentro del sistema de protección de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, la asunción indubitada del fenómeno de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos, y el contar con una herramienta jurídica vinculante a la hora de hacer valer los derechos de estas personas." (Cabra de Luna en Acuña y Bulit Goñi; 2010: 33)

La Convención marcó un cambio en la manera de entender y actuar respecto a la discapacidad, en función del salto que significó pasar de un **"modelo médico-rehabilitador",** centrado en la enfermedad y en busca de la "normalización" del sujeto, a un **"modelo social"** donde **"no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social" (Palacios en Acuña y Bulit Goñi; 2010:34)** "En el primer esquema es la persona con discapacidad la que debe ser rehabilitada y normalizada; en el segundo, en cambio, es la sociedad la que debe ser pensada, diseñada o adaptada para hacer frente a las necesidades de cualquiera de sus miembros." (Acuña y Bulit Goñi; 2010:35)

El Artículo primero de la convención, establece como su propósito ***"promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente."*** Aclarando que: *"Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás."*

Se trata de un instrumento que ubica a la persona en discapacidad como sujeto de derecho; su **artículo 12** titulado ***"Igual reconocimiento como***

persona ante la ley" expresa: *"Los Estados Partes reafirman que* ***las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica. […] en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida."***

Respecto al Derecho al Trabajo, La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, titula su ***artículo 27 "Trabajo y Empleo":***

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:

a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables;

b) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos;

c) Asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en igualdad de condiciones con las demás;

d) Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;

e) Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo;

f) Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;

g) Emplear a personas con discapacidad en el sector público;

h) Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas;
i) Velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo;
j) Promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto;
k) Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.
2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no sean sometidas a esclavitud ni servidumbre y que estén protegidas, en igualdad de condiciones con las demás, contra el trabajo forzoso u obligatorio.

"En la perspectiva del modelo rehabilitador, la asistencia social se constituye en el medio de manutención por excelencia de las personas con discapacidad. Esto, si bien se justifica en ciertos casos por la imposibilidad de realizar ningún tipo de tarea, en la mayoría se debe a la subestimación que genera la exclusión del mercado laboral de muchas personas con discapacidad plenamente capaces de trabajar. En el marco de este paradigma de interpretación de la discapacidad surge el empleo protegido, en centros especiales, empresas protegidas o centros ocupacionales, como una estrategia orientada a que las personas con discapacidad puedan adquirir cierta experiencia laboral y seguridad sobre sus propias habilidades.

Para el modelo social, el trabajo constituye una herramienta muy útil como medio de integración, […] considera que el empleo protegido debe ser una herramienta subsidiaria, restringida y temporal, y se reclama una legislación que establezca medidas de acción positiva, como incentivos a las empresas para que contraten personas con discapacidad, cupos laborales y la adopción de ajustes razonables, entre otros modos de promover la inclusión de las personas con discapacidad en el mercado abierto de empleo." (Palacios *en Acuña y Bulit Goñi*; 2010:172-173).

Ley 22.431: "Sistema de Protección Integral de los Discapacitados"

La ***Ley 22.431*** denominada ***"Sistema de Protección Integral de los Discapacitados",*** representa un hito central en la historia de la legislación argentina en favor de las personas en situación de discapacidad.

Debemos tener en cuenta que la misma aparece en el contexto de la última dictadura militar, concretamente en el año 1981, y que **"está inspirada en el modelo de la rehabilitación, que pone el acento en la persona y su 'deficiencia'. En el modelo de rehabilitación la prescindencia estatal de concepciones históricamente superadas es reemplazada por una intervención estatal activa orientada hacia la asistencia social, el trabajo protegido, la educación especial y los tratamientos médicos de rehabilitación, entre otros." (Palacios en Acuña y Bulit Goñi; 2010:141).**

Expresa en su artículo 2: *"se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral."*

Establece además la necesidad de aseverar dicha discapacidad por medio de un certificado ***"El Ministerio de Salud de la Nación certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar.*** *El certificado que se expida se denominará* ***Certificado Único de Discapacidad*** *y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el artículo 19 de la presente ley."*

Será este certificado el que permita a las personas con discapacidad acceder a los derechos que le son reconocidos, lo que hace volver a pensar en aquella necesidad de excluir, (en este caso: "discapacitar"), para luego incorporarlo como sujeto de derecho. **"El otorgamiento de un derecho queda así subordinado a la constatación de una deficiencia, de "dificultades**

particulares" de naturaleza personal o psicosocial. Es esta una ambigüedad profunda, porque la existencia de una discriminación positiva con las personas que atraviesan dificultades resulta perfectamente defendible: quizá necesiten que se las eleve antes de incorporarlas en el régimen común. Pero, al mismo tiempo, estos procedimientos reactivan la lógica de la asistencia tradicional, que el derecho del trabajo había combatido, a saber: que para ser asistido hay que poner de manifiesto los signos de una incapacidad, de una deficiencia con relación al régimen común del trabajo. Como en el caso del ingreso mínimo de inserción y de las políticas locales, este tipo de recurso al contrato deja quizá traducir la impotencia del Estado para manejar una sociedad cada vez más compleja y heterogénea mediante ordenamientos singulares para todo lo que ya no puede ser regido por las regulaciones colectivas." (Castel; 2009:476)

Es este también, el instrumento legal que se utiliza para exigir el cumplimiento de cierto porcentaje de personas con discapacidad en los trabajos públicos; sin embargo, dentro de dicho porcentaje, las personas en sufrimiento mental ocupan un número menor respecto a personas que sufren otro tipo de discapacidades. ***Artículo 8° - "El Estado nacional — entendiéndose por tal los tres poderes que lo constituyen, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos— están obligados a ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) de la totalidad de su personal y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas." Art. 12. – "El Ministerio de Trabajo apoyará la creación de talleres protegidos de producción y tendrá a su cargo su habilitación, registro y supervisión. Apoyará también la labor de las personas discapacitadas a través del régimen de trabajo a domicilio".***

"[…] en la década de los noventa se produce un sutil desplazamiento discursivo desde el Sistema de Protección Integral hacia el Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral. De una ambigua

atribución de responsabilidades al Estado, que no se abandona pero se focaliza en quienes carecen de recursos, se pasa a poner el énfasis en las obras sociales y las empresas de medicina prepaga como principales prestadores. […] Esta situación, en los hechos, consolida una fuerte segmentación de la protección entre quienes están incluidos en el mercado de trabajo formal y afiliados al sistema de seguridad social, o poseen recursos propios para contratar un seguro de salud y, por otro lado, las personas desocupadas o que tienen un trabajo informal y dependen de las prestaciones del Estado." (Acuña y Bulit Goñi; 2010:143).

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

"…debemos tener en cuenta que nunca algo legal
va a poder romper el poder político, gremial y empresario
que hay en el campo de la salud mental.
Esto lo podemos conseguir con la lucha política
y esta Ley permite su avance."
(Carpintero;2011)

Se suma, más recientemente, la sanción en nuestro país de la ***Ley Nº 26.657***, un instrumento a utilizar para efectivizar la protección y el pleno goce de los derechos humanos de todas las personas en sufrimiento mental.

"[…] al poder político, ligado al proceso de mundialización capitalista, no le interesa seguir sosteniendo las estructuras manicomiales debido a los grandes gastos que ocasiona. Por ello los organismos internacionales como la OMS y la OPS recomiendan la desinstitucionalización de la Salud Mental. Es en este contexto político que sanciona la Cámara de Diputados y de Senadores de la Nación La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 que es promulgada el 2 de diciembre con fuerza de Ley para ser aplicada en todo el territorio nacional. La Ley plantea en sus artículos algunas cuestiones cuya importancia implica una ruptura con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina

y sostiene Derechos Humanos fundamentales de los pacientes" (Carpintero, Stivala y Scorofitz; 2011).

En su libro "La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto", Carpintero expone cuatro aspectos importantes planteados en la nueva ley de salud mental. A saber, en primer lugar, el restablecimiento de los derechos humanos de las personas en sufrimiento mental; el trabajo interdisciplinario, que rompe con la hegemonía psiquiátrica; la prohibición de crear nuevas estructuras manicomiales y la reivindicación democrática, al dejar explícitamente expuesta la igualdad del conjunto de los profesionales. (Carpintero; 2011)

En este sentido la Ley 26.657, ha tenido que superar muchas trabas debido a ciertos sectores que se oponían a su sanción y que pueden influir también al momento de su aplicación (especialmente algunas asociaciones de psiquiatras). "Es decir, la ley cuestiona el poder del psiquiatra y su función de garantizar que el eje del tratamiento sea la medicación y que la internación sea un acto médico" (Carpintero; 2011:25)

Dicha Ley, ha significado un importante salto cualitativo en términos discursivos; la misma, en su ***artículo 3***, conceptualiza la ***Salud Mental*** como: ***"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".***

El capítulo IV enumera los derechos de las personas en sufrimiento mental, a través del artículo 7 de la ley.

ARTÍCULO 7º.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: […] d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. […] i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado. […] l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación. […] n) Derecho a que el padecimiento

mental no sea considerado un estado inmodificable. o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados. p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Respecto a la modalidad de atención, la Ley plantea:

ARTÍCULO 8º.- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTÍCULO 9º.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTÍCULO 11.- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTÍCULO 12.- La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que

los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

La ley también destina un apartado a la temática de las internaciones y a cómo éstas deben ser comprendidas en el nuevo marco de atención comunitaria de la Salud Mental. Plantea que las internaciones en salud mental, deben realizarse en hospitales generales, y que deben entenderse como "***un recurso terapéutico de carácter restrictivo"*** que ***"sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.*** Además, ***"debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios."***

En su ***Artículo 36***, correspondiente a su Capítulo IX denominado: Autoridad de Aplicación, establece: ***"La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y <u>planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental.</u> Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio."***

Por último se considera relevante la transcripción del ***artículo 42***, que pone límites a la declaración de inhabilitación o incapacidad: ***"Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil: Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible."***

"[…] si antes se consideraba que la designación de un representante al insano (curador) que lo sustituyera en la realización de los actos jurídicos lo cobijaba de las acechanzas de la vida en sociedad (en su faz patrimonial,

principalmente), a partir del dictado de la ley en análisis, ello podría ser considerado una intromisión no tan deseable en la vida del sujeto. Ello lo corrobora el mayor margen de maniobra que se les brinda a los sujetos con padecimiento mental al tener que especificarse los actos y funciones que NO puedan realizar o que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible" (Guahnon y Seltzer en Alonso Sainz, Otero, Orlandelli y Salinas; 2011:187)

En este sentido, nos encontramos en un contexto de transición, en el que la ley pasa a dar legalidad a aquellas estrategias innovadoras, instituyentes, que a lo largo de los años se venían desarrollando en el país aisladamente, muchas veces bajo la forma de "planes pilotos", que desaparecían al cambiar el signo político del gobierno. **Hoy ya no es sólo, elección de cada provincia el tipo de respuesta que dará a la Salud Mental de la población, sino que esta ley viene a exigir una coherencia y continuidad a lo largo de todo el territorio argentino, a obligarnos como profesionales a respetar los derechos de aquellos con quienes trabajamos, a brindarles una herramienta a los propios sujetos de la experiencia para que ellos mismos los exijan y a comprometernos a denunciar aquellas injusticias que durante años se sostuvieron como prácticas típicas, incuestionables, ya que hoy, la ley nos ampara a decir que constituyen violaciones a los Derechos Humanos.**

En lo referente al derecho al trabajo, se han subrayado en los artículos extraídos de la ley, las oraciones que se refieren específicamente a él. Si bien en el artículo 11, destinado a promover los dispositivos de atención comunitaria que responderían a la nueva concepción de Salud Mental, se plantea la necesidad de generar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria y servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional, tales como las cooperativas de trabajo y los centros de capacitación socio-laboral.

Se considera poco clara, la manera en que estos dispositivos deberían plantearse, al continuar avalando actividades como la laborterapia, que en muchas oportunidades se convierten en una forma más de precarización y explotación laboral dentro de instituciones de salud. Además, ya nos hemos

cuestionado acerca de los efectos que pueden tener los “planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental”, atentando con lo que en este trabajo se considera una verdadera inclusión social de las personas en sufrimiento mental.

En este sentido, si bien se considera que la ley implica un gran avance en la lucha ético-política dentro del campo de la salud mental, también se entiende que aún nos debemos espacios de discusión y de construcción de nuevas estrategias de atención, que concuerden con lo que se entiende por Salud Mental en este momento histórico.

Por otro lado, la ley también promueve estos espacios de discusión y exige la modificación de la formación profesional a través de la capacitación; en este sentido, su ***artículo 33***, expone: ***“La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.”***

V. MARCO INSTITUCIONAL

Dispositivo de Atención Psicosocial (D.A.Ps.)

Las entrevistas y la Observación Participante se desarrollarán teniendo como marco el Dispositivo de Atención Psicosocial para personas 'en' sufrimiento mental crónico; un dispositivo basado en el modelo de atención comunitaria, que se encuentra coordinado por un equipo interdisciplinario de profesionales.

Se trata de una estrategia de atención en Salud Mental que toma como antecedentes las distintas experiencias de desmanicomialización desarrolladas en Latinoamérica y que fundamenta su accionar en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

En este sentido, D.A.Ps se propone ***proporcionar posibilidades y oportunidades efectivas tendientes a la integración social, a fin de evitar situaciones de vulnerabilidad e institucionalización****.* Se orienta a atender una de las principales necesidades de este grupo poblacional: el acompañamiento, el apoyo social y la atención en su red comunitaria, erigiéndose como una posibilidad para poner en marcha lo explicitado en la Ley 26.657, a fin de cumplimentar los derechos de las personas 'en' sufrimiento mental.

Población Objetivo:

Personas 'en' Sufrimiento Mental Crónico:

(Psicosis-Neurosis Graves-Debilidad Mental)

- que requieran **supervisión, apoyo, y seguimiento** en el desarrollo de su cotidianeidad.

Objetivo:

- Contribuir al proceso de **Integración Social** de las personas en Sufrimiento Mental, para el pleno goce de sus derechos como ciudadanos

  - Brindar apoyo en el sostenimiento de su cotidianeidad; ***evitando los procesos de deterioro, abandono e institucionalización*** de las personas 'en' Sufrimiento Mental.
  - Promover espacios terapéuticos de encuentro donde se prioricen sus potencialidades y deseos
  - Desarrollar acciones de promoción y prevención en el campo de la salud mental

Características de atención del dispositivo:

- Con cada persona que accede al dispositivo se elabora un **plan personalizado de atención, apoyo y supervisión,** en el cual se construyen objetivos específicos y áreas de trabajo capaces de contribuir a la autonomía de la persona y a su integración socio-comunitaria (con un máximo de 30 personas por equipo).

- Se ofrece un *sistema de apoyo:* **flexible,** pues las demandas son cambiantes, fluctúan en el tiempo y por lo tanto requieren de "lectura" de los diferentes momentos y escenarios macro y micro sociales. ***Personalizado***, en consonancia con la subjetividad de cada persona, su problemática, potencialidades, limitaciones y la conciencia que tenga de ello. ***Emancipador***, pues supone un acompañamiento en la historia vital de la persona en sufrimiento mental, tendiente a la integración comunitaria.

- ***Atención en territorio para el fortalecimiento de las redes comunitarias***: Orientada a favorecer la permanencia y participación activa en la vida socio-comunitaria, a través del apoyo en la cotidianeidad, en aspectos

relativos a cuidados básicos (aseo, autocuidados, supervisión en la ingesta de medicación, organización cotidiana, etc.), relaciones interpersonales significativas, redes comunitarias, aspectos habitacionales, laborales y recreativos.

- ***Tiempo previsto para el tratamiento***: se evalúa durante la permanencia en el dispositivo en relación a los objetivos de trabajo propuestos con cada persona.

3 niveles en tiempo (1año, 2 años, hasta 4 años), a repautar según cada situación.

Taller "Fantasía"

El taller surge como la primera estrategia de encuentro, capaz de viabilizar el eje central del proyecto: la integración social. Apareciendo el trabajo como el eje rector de ese espacio. Un espacio generador de empatía, en el sentido en que ésta es definida por Basaglia: "Empatía que sirve para construir 'un lugar de encuentro, una reciprocidad en la relación, un diálogo en el cual no esté ausente la emotividad, y que pueda permitir encontrar el camino por el cual iniciar la acción terapéutica." (2008:19); es decir, un espacio subjetivante, que entiende la imposibilidad de hablar de un trabajo real sin hablar de salario.

Para llevar adelante tal emprendimiento, se establece un sistema de derivación con la Curaduría Oficial de Alienados de Mar del Plata. Por medio de entrevistas interdisciplinarias se conforma el grupo de trabajo, teniendo en cuanta, necesidades, expectativas, experiencias previas en grupos, historia laboral, tiempo disponible y posibilidades de sostenimiento del espacio laboral; de cada entrevistado.

El **Taller Fantasía**, se enmarca en un programa de la Dirección de Promoción de la Empleabilidad de Trabajadores con Discapacidad, dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, denominado: ***"Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo"***, cuyo objetivo consiste en *asistir a personas con discapacidad mayores de 18 años en el desarrollo de su proyecto ocupacional, a través de su inclusión en actividades que les permitan mejorar sus competencias, habilidades y destrezas laborales, insertarse en empleos de calidad y/o desarrollar emprendimientos productivos independientes.*

Este programa cuenta con dos líneas de implementación, la primera referida a Actividades Asociativas de Interés Comunitario, y la segunda de Actividades de Apoyo a la Inserción Laboral.

Dicho Taller, se ubica dentro de la primer línea de acción, la cual se dirige a *la población con limitaciones funcionales de carácter psicosocial y/o cognitivas, promoviendo su participación en actividades de utilidad social en forma tutelada.* Este programa puede *contar con la participación de entre 8 y 12 personas, con una duración como mínimo de 12 meses y máximo de 24, garantiza la adquisición de insumos y herramientas para su ejecución, además de otorgar a cada trabajador una tarjeta a través de la cual accede a un monto de $450 a modo de salario mensual.*

El nombre de ***"Taller Fantasía"***, ha sido elegido por las personas que conforman ese espacio; entendiendo que nombrar es construir mundo, en este caso, internalizar, ser parte protagónica de esa invención, apropiarse de ese espacio en permanente construcción.

El Taller, consiste en la ***Elaboración de embalaje con papel comercial y reciclado*****;** en busca de que los participantes sean parte activa en la elaboración de packaging para distintos elementos (mercaderías y regalos), con materiales de variado origen, como el papel comercial, el reciclado de papel y de nylon.

Está dirigido a personas en sufrimiento mental, se trata de un grupo heterogéneo en cuanto a capacidades, género y edad, que tienen en común la necesidad de insertarse laboralmente .Se pretende que al finalizar la capacitación, el grupo pueda sostener la organización y la actividad, a modo de pequeña cooperativa.

Por medio de esta estrategia se persiguen los siguientes **objetivos:**

- **Favorecer los procesos de integración social (laboral) real, de las personas en sufrimiento mental, evitando el aislamiento y la hospitalización.**
- **Contribuir a la inserción laboral de las personas en sufrimiento mental, en tanto herramienta de autonomía y emancipación social.**

Resultados Esperados:

- Adquisición de conocimientos técnicos y habilidades necesarias para la elaboración de packaging.
- Desarrollo de habilidades sociales para favorecer la comunicación y la integración social.
- Adquirir hábitos relacionados con una rutina laboral, responsabilidad, presencia, etc.
- Aprendizaje de trabajo en equipo, organización y coordinación de tareas
- Adquisición de herramientas básicas de venta y administración
- Pertenencia al grupo y al proyecto
- Favorecer a la resolución de situaciones problemas
- Sustentabilidad del proyecto (sin supervisión)
- Lograr que el entrenamiento adquirido derive en la conformación de una empresa social.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

"Si algún día la historia de esta experiencia fuese relatada,
preferiría que no lo fuera por medio de fechas,
número de actos legislativos o decretos de servicios,
sino por la historia de las vidas que fueron reinventadas,
reconstruidas, redescubiertas,
a partir de ese proceso de transformación"
*(*Basaglia *en Amarante; 2009)*

En el presente apartado, me valdré de la palabra de los entrevistados, como también de lo vivenciado en el taller a través de la observación participante, para narrar desde la perspectiva del sujeto de la experiencia; entendiendo que **"la palabra de ese otro implica una fuerte corriente de sentidos. El relato oral abre una serie de posibilidades de acceso al mundo de significaciones de los sujetos sobre los cuales se interviene" (Carballeda; 2012: 134).**

Se buscará significar, crear escenas y poner nombre allí donde el silencio reinó durante siglos; "Tal vez la intervención en lo social no implique agregar ni quitar nada sino solamente "hacer ver" aquello que el contexto, el escenario, el clima de época impiden visualizar" (Carballeda; 2012: 38). Se trata de recuperar la historicidad de quienes durante tanto tiempo han sido tratados como objetos; anulada su subjetividad, ignorada su palabra y negada su posibilidad de deseo y elección.

"Sostener siempre la palabra de la persona con padecimiento mental, como un discurso más que trata de ponerse en juego con otros enunciados, desplazarlos y ocupar un lugar, es la fuerza instituyente que caracteriza toda intervención del profesional de servicio social y que desplaza, avanza o retrocede, frente al discurso instituido del campo. […] el trabajo social se niega a reconocer que exista una entidad "per se" u objeto de estudio y tratamiento,

que desconozca la particularidad de cada caso y lo que las personas tienen que decir sobre lo que les pasa." (Méndez: 2006:46)

Se analizaran las entrevistas valiéndonos de 5 categorías, que serán construidas en base al discurso de las personas en sufrimiento mental que concurren al taller laboral; y se tornarán hilo conductor de las historias que buscan ser contadas; *Los Sentidos y Expectativas respecto al Trabajo; La Historia Laboral como constructora de la Identidad; El Trabajo como Salario; El Trabajo como Vector de Integración Social, y el Trabajo como terapia o cómo Derecho.*

Los Sentidos y las Expectativas respecto al Trabajo[3]

E, es un hombre de 60 años, que llega al taller en el marco de la derivación que realiza la Curaduría Oficial de alienados. La Historia de E. deja ver un quiebre en su relato vital, a partir de un accidente laboral que le produce la inhalación de amoníaco, debido a lo cual existen episodios de su vida que no recuerda o narra con imprecisión.

Tal situación se visibiliza durante la entrevista, a través de la necesidad de comprensión de su relato y su latiguillo "*¿me entendes?"*

En este modo de existencia luego del accidente laboral, los sentidos y expectativas respecto al trabajo adquieren características particulares.

E. (Hombre; 60 años): (El trabajo implica) *"Eh […] siempre superar, ¿no? de ir cada día mejor. […] para mí y para los demás, bueno, como el primer día nadie sabía nada, creo yo, no sé, porque no me acuerdo (…) pero después sí, íbamos creciendo acá en el taller. Más la muy buena onda que hay entre todos viste, más Mirna, Caro, Patricia, vos (…) ¿me entendes? Eso nos llena a uno, a nosotros, ¿me entendes? Porque a veces vos venís con problemas y de repente como que te desaparece esa cosa, y por eso te digo, eso es muy bonito, que en muchos lugares no lo encontras*

[3] "…en el caso del trabajo se afirma una finalidad única: producir. Sin embargo, […] "el trabajo vivido" moviliza a los hombres hacia otras finalidades, además de la producción. […] precisamente porque la producción es problemática y no puede ser dominada íntegramente por el saber científico, hace surgir en la situación de trabajo una pluralidad de finalidades: producir, pero también asegurar la seguridad de las personas y de las instalaciones, optimizar la vivencia del trabajo, desarrollar relaciones intersubjetivas, conquistar una identidad, darle sentido al trabajo." (Dessors y Guiho-Bailly; 1998: 255)

(…) no hay. Y el ambiente ese (…) Hay un grupo, ¿viste? […] El trabajo me da ganas de vivir, ¿me entendes? Lo que sí que a la mañana, me hace mal levantarme muy temprano, porque después a la tarde vos sabes que estoy (…) me pesa la cabeza, estoy…como cansado, me duele el cuerpo, no sé por qué (…) no sé, no me siento bien"

Aun en esas situaciones extremas, como es el caso de E., donde un accidente laboral, cambia para siempre el rumbo vital, el trabajo continúa apareciendo como motor, *"El trabajo me da ganas de vivir"* y como lugar de superación, de progreso, tanto personal como grupal. Un espacio donde sentirse bien y le sea posible proyectar; "tener proyectos constituye un aspecto esencial de la vida. La consecución de logros es un regulador fundamental de la motivación, del estado de ánimo y del autoestima. Se erige en un factor privilegiado para forjar la identidad, para interiorizar la conciencia realista de los límites de las potencialidades y las capacidades humanas" (Schlemenson; 2002: 114).

En su discurso destaca especialmente la importancia del grupo, de lo relacional: "*Más la muy buena onda que hay entre todos viste, […] eso nos llena a uno, a nosotros […] eso es muy bonito, que en muchos lugares no lo encontras (…) no hay. Y el ambiente ese (…) Hay un grupo, ¿viste?"*

L. es un hombre de 43 años, derivado al taller por la Curaduría Oficial de Alienados. En su historia se destaca una amplia participación en grupos de trabajo y terapéuticos, que lo lleva a tomar una posición crítica y de análisis constante respecto a la dinámica grupal; lo hace desde una trayectoria de institucionalización, que es repensada por él.

L. capitaliza su experiencia grupal y se destaca en su capacidad de liderazgo. Respecto al trabajo expresa lo siguiente:

L. (Hombre; 43 años): *"todo lo que dé, yo sigo. Imaginate que el tema de acá de las bolsas, del packaging, es para un año con la posibilidad de anexar otro año más, ¿no? Pero bueno, al principio era la capacitación laboral […] pero no sé si en realidad yo me pondría a hacer bolsitas en mi casa […]no tengo ni idea, lo pensé pero no tengo*

ni que sí, ni que no […] "taller chino", digamos (risas) no, la verdad que no me esperaba nada, no sabía que era packaging, pensaba que iba a empacar cosas, no sabía dónde iba a ser, al principio iba a ser en Balcarce y salta […] la verdad que no me esperaba, no, los trabajos viste, que más o menos no sabes que vas a hacer, tenés que ver si te gusta o no te gusta.

[…] yo sigo porque veo que progresa, empezamos con los sobres, seguimos con las bolsas de papel y entonces va progresando […] está bueno. […] además está bueno el grupo, ¿no? que se armó acá […] Además, al principio las dos horas que teníamos se pasaban volando, ahora también […] entonces, cuando el tiempo se te pasa rápido es que la estás pasando bien."

El conocimiento previo que se tiene debido a mi participación en el taller, lleva a la complicidad respecto a la denominación interna de "taller chino", nombre atribuido por L. en uno de los encuentros grupales en que surgió el tema de cómo imaginaban este taller laboral antes de empezar; *"no sabía que era packaging, pensaba que iba a empacar cosas, no sabía dónde iba a ser"*, en el taller refiere: *"uno al lado del otro, empacando, en silencio".*

Al igual que E. resalta la importancia del progreso, del crecimiento respecto al trabajo, *"yo sigo porque veo que progresa, empezamos con los sobres, seguimos con las bolsas de papel y entonces va progresando"*; la importancia dada al grupo de personas que se ha conformado; y la posibilidad de hacer del tiempo del trabajo un tiempo de disfrute, *"tenés que ver si te gusta o no te gusta", "cuando el tiempo se te pasa rápido es que la estás pasando bien."*

A lo largo de la entrevista se puede encontrar su *"¿no?", como* buscando en mí una afirmación o complicidad de su relato.

L. es una mujer de 37 años, que reside en Mar del Plata desde hace 1 año, e ingresa en el taller luego de su última internación en agudos que duró 4 meses. Es derivada por la Curaduría Oficial de Alienados de la ciudad, en colaboración con la Curaduría de la Plata, quienes son sus representantes legales.

Su trayectoria vital se va reconstruyendo conforme participa del taller. En su historia el grupo adquiere características de lugar de referencia. Para L. el taller es donde se expresan sus vínculos más cercanos.

L. (Mujer;37 años): (Expectativas respecto al Trabajo) *"Y (...) yo espero un buen sueldo y (…) eh, según, no sé, que no sea muy pesado…un trabajo pesado (…)y no sé qué más […] Yo soñaba antes, cuando (…) desde chica soñaba con trabajar en una oficina […] De secretaria, pero como no me da la vista no pude seguir estudiando, y no pude hacerlo, realizarlo. […] Y el compañerismo está bien (…) y…lo que hacemos también está bien, es re fácil. Hacer manualidades y eso, casi nunca me gustaba (…) y bueno, porque coser y todas esas cosas se me hace difícil, así que pensaba yo, debe ser hacer esas cosas (…) pero cuando vine vi que era fácil y me quedé."*

Vuelve a aparecer el trabajo como lugar donde sentirse bien. Su frase: *"que no sea muy pesado (…) un trabajo pesado",* recuerda a Fromm al hablar de la enajenación del trabajo, "el trabajo externo, el trabajo en que el hombre se enajena, es un trabajo que implica sacrificio y mortificación." (Fromm; 1962: 59)

Además, para L. se trata de un espacio firme, estable, donde es posible animarse a soñar y a poner en palabras aquello que se sueña.

R. tiene 56 años, es derivado por una integrante del equipo interdisciplinario para formar parte del taller laboral. Al igual que L. (hombre) tienen una extensa trayectoria laboral que en la entrevista le sirve como hilo conductor de su historia.

En los encuentros en el taller, refiere con frecuencia su trabajo como cartero, situación que nos permite interpretar, lo significativa que ha sido tal experiencia laboral en su historia vital.

R. (Hombre; 56 años): *"En general me han gustado los trabajos que he tenido, (...) el trabajo más, no digamos feo, sino más rutinario, era el que yo tenía ahí en MEYER, que hacía todos los días exactamente lo mismo, cumpliendo un horario, haciendo embalajes, rotulaciones…te imaginás que en diez años es como que estabas un poco harto de eso. […] y después el trabajo de cartero, digamos que era mucho*

más libre, vos no trabajabas en relación directa, con un patrón que te controlara, pero también tenía sus contras del clima, de que tenías que andar corriendo, del tráfico…cuidarte, más que nada porque yo estaba trabajando en negro, si me pasaba algo era como que estaba sujeto a la voluntad del que me empleaba, si quería reconocerme algo o no, viste…y con los malhumores de la gente, viste algunos, como toda función social, yo siempre trataba bien a la gente, pero siempre te encontrabas con algún malhumorado. […] No sé, a mí lo que me gusta es el tema de la música, me hubiera gustado algo que tuviera que ver con la música (…) yo creo que el D. me preguntó el otro día que me hubiera gustado ser…músico, si hubiera podido desarrollar una carrera de músico."

Aparecen en R. la idea de lo rutinario como aburrimiento (alienación del trabajo) y la idea de libertad dentro de un contexto laboral; "…la necesidad de trabajar no constituye en sí misma una restricción de la libertad (siempre que no sea un trabajo enajenado). Marx habla de la "auto-realización" de la persona, "por tanto [de la] verdadera libertad". (Marx *en Fromm*; 1962: 48)

En su discurso surge en reiteradas oportunidades su condición de trabajador *"en negro",* que lo deja desprotegido en determinadas situaciones.

Al igual que en la entrevista de L. (mujer) aparece la posibilidad de soñar: *"me hubiera gustado algo que tuviera que ver con la música […] desarrollar una carrera de músico."*

Las palabras a través de las cuales he intentado presentar las historias de los entrevistados, permiten ver aquello que en reiteradas oportunidades ha sido señalado: "El trabajo […] es más que el trabajo, y por lo tanto el no-trabajo es más que el desempleo, lo que no es poco decir." (Castel; 2009:390). Hemos visto como el salario ocupa un lugar de relevancia, pero no agota la temática laboral; resalta en los discursos el lugar del "grupo" y la posibilidad del disfrute en el lugar del trabajo; es decir, no desligar el tiempo productivo del tiempo placentero es una de las mayores expectativas, "El trabajo es la autoexpresión del hombre, una expresión de sus facultades físicas y mentales individuales. En este proceso de actividad genuina, el hombre se desarrolla, se vuelve él

mismo; el trabajo no es sólo un medio para lograr un fin —el producto—, sino un fin en sí, la expresión significativa de la energía humana; por eso el trabajo es susceptible de ser gozado." (Fromm; 1962: 30)

La posibilidad de soñar, como ha surgido en las entrevistas de L. (Mujer) y R., se abre ante nosotros cuando nos sentimos en un lugar estable, de contención, donde los sueños no se alejan tanto de la realidad y se vuelen un poco más alcanzables.

La Historia Laboral como constructora de la Identidad[4]

E. (Hombre; 60 años): *"Creo que ENTEL, no me acuerdo, en telefónica, a veces recuerdo, a veces no; creo que en ENTEL, cuando estaba el despelote Chile - Argentina, cuando había tipo guerra* ***[1978]****, sí, creo que estuve allá 5 meses y medio, en el sur, si a veces […] y el trabajo de embarcado, creo que 30 años, o más de 30 años, si me dijeron que si […], me gustó mucho navegar, el mar viste (…) porque te limpia mucho […] Si, hay muchas veces que está muy feo el tiempo y otras veces que está lindo, bonito (…) me pasó lo que me pasó y bueno…si, no sé, estoy bien acá. A mí me gusta vender, ¿me entendes?"*

En este fragmento se evidencian las dificultades existentes para reconstruir una historia ante tanto olvido; sin embargo, también se presenta la oportunidad de encontrar una nueva manera de contarla. Al momento de permitirse soñar con el trabajo ideal, E. vuelve a imaginarse embarcado, pero frente a la imposibilidad de volver a realizar ese trabajo,

[4] "[…] la identidad del sujeto se constituye en un espacio-tiempo donde lo singular se encuentra con lo colectivo, con lo histórico, con los otros. El horizonte de la intervención en lo social, en relación con la problemática de la integración, está fuertemente ligado a la identidad, vinculada a su vez a formas de entender y explicar la historia y la cultura.
[…] La dirección de la intervención se orienta hacia la cuestión de la identidad como un elemento articulador de la problemática de la integración. Así, la identidad desde una perspectiva social se expresa en forma contextual, o sea, se inscribe en un escenario que tiene una serie de connotaciones: es territorial, lingüística, familiar, histórica, religiosa, etcétera. La identidad se construye en la interacción, en la influencia mutua, en el espacio de la vida cotidiana; se elabora dentro de un "sistema" de símbolos. Por eso se relaciona con una serie de significaciones que abarcan el trabajo, la vivienda, la salud, etcétera. Así también se crea una posición o mirada en relación con las necesidades sociales y su impacto en la cotidianidad." (Carballeda; 2012: 106)

intenta reconstruir su proyecto laboral alrededor de actividades en las que se siente realizado, en este caso: 'vender'; ha logrado posicionarse como el vendedor del grupo, siendo el encargado de conseguir los pedidos de packaging para el taller.

L. (Hombre; 43 años): *"Claro, lo que yo te explico, en tu trabajo, el trabajo que tenés que hacer, ¿cómo es el tema?* ***[contesto: Derecho al Trabajo en Salud Mental]*** *en salud mental, claro...entonces, lo que yo te contaba era que yo estuve en tratamiento con psicólogo y con psiquiatra cuando era chico, y después eso yo lo dejé…así que tuve muchos trabajos porque, mirá, trabajé de lava-copas, ayudante de pizzería, después juntaba nueces, las vendía, vendía videos, películas para una productora (…) están las importantes como AVH , […] que son las más importantes, y después hay productoras independientes (…) que son más chicas, pero bueno […] y (…) el taller de camperas […] empecé con un amigo que trabajaba en una fábrica de campera, que había hecho algunos modelos de muestra, y bueno ahí salió, yo tenía la plata en ese momento para comprar la tela, había que cortarla y después mandarla a coser…eso fue un lindo trabajo, lo que pasa que después con el tema de que se empezó a pedir todo con factura, boletos, monotributo, patente, ahí sonamos, porque era un taller de camperas chico…no una fábrica, era un micro-emprendimiento y no nos favorecía para nada todo eso. Nosotros habíamos empezado año ´91, ´92 […] éramos pocos, tres, más las costureras que se les pagaba a parte; si, 91, 92, 93,94 y ya ahí fue cuando el gobierno pidió que se blanquee todo (...) y ahí tuvimos que dejar, pero bueno…"*

En el caso de L. (hombre), intenta construir su identidad desde el aspecto laboral, por fuera del contexto de la 'salud mental'; por eso primeramente aclara que si bien ha realizado tratamiento desde chico, luego lo dejó y tuvo de las más variadas experiencias laborales. En una oportunidad, dentro de la dinámica del taller, comentó que durante cierto tiempo asistió a un curso de computación que se dictaba en la Universidad Atlántida, con la expectativa de *"salir un poco del ámbito de la Salud Mental, conocer otra gente."* Y es esto también lo que reclama en reiteradas oportunidades, *"mostrar lo que hacemos en otros espacios",* abrir el taller a la comunidad y/o viceversa.

L. (Mujer;37 años): *"bueno, a los 17 años trabajé en un departamento, cuidaba un nene de un año y limpiaba el departamento (…) a mí me gustan los chicos […] Y estuve un año no más (…) y después como me junté, tuve mis hijos y ya no trabajé, bah, trabajé en un restaurant (…) en una pizzería, lavaba platos y eso (…) y después, otros trabajos no me acuerdo […] dejé (…) Eh (…) por la vista (…) y bueno, en esa pizzería ya me dijeron que no me necesitaban, entonces dejé y (…) en el departamento dejé porque me había juntado no más."*

En el caso de L. (Mujer), el relato de su historia laboral como constructora de identidad, permite identificar ciertos hitos vitales, como el formar pareja o ser madre. Como si el pasaje del tiempo, la miradas de todos esos otros, le devolvieran parte de su historia en contexto; le permitieran poder nombrarse.

R. (Hombre; 56 años): *"El primer trabajo que yo tuve en Mar del Plata fue en la casa Meyer, una empresa mayorista de filtros y herramientas varias, que fue en el año 81 cuando yo me vine a vivir acá a Mar del Plata. […] estuve diez años trabajando ahí, […] a los 10 años más o menos, yo tenía a mi hermano mayor que trabajaba en OCASA, […] y me dice: 'mirá, se está ganando muy bien', pero, yo ya tenía 34 creo que era, y hasta los 35 había límite para que te tomaran, viste…me dice '¿Por qué no te anotas?' […] yo ya había renunciado a MEYER […] mientras estaba trabajando ahí como contratado en OCASA, trabajaba para OCA también […] Y ahí estuve desde el 91, creo, hasta el 94, que fue que se perdió el servicio de la telefónica […] empezaron a despedir a los que más barato le salíamos, a los que menos antigüedad teníamos, así que después seguí trabajando alternativamente en correos, pero ya en negro. […] Esto no te lo puedo contar como trabajo porque fue una cosa de colegial más que nada, yo estuve trabajando allá en mi pueblo, en Ranchos, en una emisora de circuito cerrado, donde pasaba la música y además hablaba, cosa que, la dueña de esa emisora, como que se asombraba porque nadie de los que había tenido antes quería hablar al micrófono; yo le pasaba la música, le hacía la programación, venía un chico de Coronel Brandsen, cerca ahí del pueblo donde yo vivía, y hacíamos un programa los sábados que él venía y armaba eso (…) estaba en el secundario, ponele que tendría 14 años, 15 años; […] Si, sí, me pagaban…te pagaban lo que se le da a un*

chico, viste, como no era nada de forma oficial, digamos […] fue una cosa de una año, un año y medio, no era que yo tenía obligación […] así que un poco como jugando."

La extensa trayectoria laboral de R. también permite ir relatando parte de su vida y de los distintos territorios donde ha transcurrido su historia; desde su primer experiencia laboral, en una radio del pueblo donde nació, a la cual evoca como: "un poco como jugando", donde la referencia al juego viene a poner el acento en la edad (15 o 16 años), pero también en la posibilidad de goce, de disfrute mientras se realiza una actividad; hasta sus trabajos como cartero, en donde se le presentan situaciones de precariedad laboral, donde remarca la condición de trabajo en negro. Es decir, señalando o advirtiendo que existe otra alternativa, otra posibilidad de trabajar.

Vale decir, aquel trabajo que él asemeja a un juego, es el que más se acerca a su ideal de trabajo, cuando se permite soñar.

El trabajo tiene gran relevancia como constructor y sostenedor de la identidad de las personas; en este proceso ocupa un lugar importante la mirada de los otros, el reconocimiento de las capacidades propias por parte de los pares; "…hablamos de un ser humano que, además de vivir de su trabajo y sentir que, a través de él, contribuye al bien común, posee en su labor posibilidades de creación, de expresión y de desarrollo personal. Es decir, un individuo que a través de su trabajo es creador de su propia identidad" (Martínez García *en Schvarstein y Leopold*; 2005:52)

Dejours atribuye al trabajo un relevante lugar dentro del campo de la Salud Mental, "porque el trabajo es el medio, tal vez es también un derecho de aportar una contribución a la sociedad, y a cambio obtener un reconocimiento que puede inscribirse en el proceso mayor de realización de sí mismo". El reconocimiento pasa, según este autor, por dos tipos de juicio, el "juicio de utilidad", que diferencia al trabajo del ocio, y el "juicio de belleza"; "La apuesta del reconocimiento es una apuesta a la salud mental, en la medida que mi identidad no la sostengo solamente yo. La sostengo a través de la mirada del otro […] el reconocimiento me confiere la pertenencia a un equipo, a un colectivo, a una actividad, incluso a una comunidad de pertenencia. El

reconocimiento confiere a cambio de mi sufrimiento, una pertenencia que también conjura la soledad. En resumen, permite a quien trabaja transformar su sufrimiento en crecimiento de su identidad. La identidad es el sostén de la salud mental" (Dejours; 2010).

En este sentido, se insiste en que "…probablemente no basta con tener un ingreso mínimo, que incluya tiempo libre, quizás incluso un 'trabajito', con el fin de obtener un puesto para hacer y hacerse con los otros. Considerar que la construcción de la identidad es tributaria de la intersubjetividad en situación de trabajo tiene efectos de retorno sobre el lugar otorgado al trabajo en la construcción del vínculo civil." (Dessors y Guiho-Bailly; 1998: 18)

El Trabajo como Salario[5]

E. (Hombre; 60 años): *"hacen falta elementos, pero tampoco (…) porque las chicas pusieron la plata de ellas […] cosa que esperábamos del ministerio, pero ellas no dijeron nada y después les preguntamos […] Creo que hasta ahora pusieron ellas, muchas cosas pusieron. Que uno eso capaz que no, ¿cómo es? capaz que no se fija en eso, pero eso es verdad. Eso hay que aplaudir a ellas"*

En el caso de E. es donde más se dificulta ver al trabajo como posibilidad de un salario; pues en su discurso, se prioriza al trabajo como espacio constructor de vínculos y sostenedor de la identidad; esto debe leerse dentro del contexto de una historia de vida, donde el trabajo ha formado parte fundamental y quiebre. Su única referencia (indirecta) hacia el dinero, es en cuanto a la escasez de materiales y la falta de pago a las tutoras del taller; gastos ambos incluidos en el Programa del Ministerio de Trabajo, pero que hasta el momento no han sido cubiertos.

En este sentido, puede visualizarse, como esto repercute en la posibilidad de vivenciar al trabajo como derecho, es decir, lejos de las ideas de favor, caridad o dádiva.

[5] Ver apartado "Del Trabajo como Terapia al Trabajo como Derecho"

L. (Hombre; 43 años): *"¿Por qué quiero trabajar? (…) una buena pregunta (…) y, eh (…) la plata es importante, ¿no? Pero también…igual yo soy comerciante, de chico […] entonces, uno como comerciante lo que procura es que tenga un rendimiento económico, ¿sí? Más allá de lo terapéutico que parezca, ¿no? Esto cualquier trabajo, si lo vemos de una parte analítica, psicológica […] NECESIDAD ECONÓMICA, siempre hay que hacer algo… igualmente si te levantas todos los días con ganas de hacer algo, ¿no? esta bueno (…) por más que te pongas a estudiar y todo, siempre trabajar está bueno para mí. (…) el tema de la radio, era por la capacitación, el proyecto estaba pensado como "la herramienta radial para la inclusión social"*

"[…] con nada, diríamos; se empezó con nada. Y seguimos, porque no tenemos ninguna máquina, ninguna maquinaria. Si tuviéramos una prensa, guillotina, que se yo todas las cosas que hacen falta, para hacer bolsas con termosellado […] pero, por lo que tenemos es mucho. También lo que tenemos es bastante a voluntad."

*"**[Pregunto:¿Qué pasó durante el tiempo que no cobraron?]** Y bue (…) no cobramos, yo lo veo así; es más si vos vas a trabajar a otro lado, bueno, esto es diferente porque se les ve otros puntos de vista, otros sentidos, ¿no? Acá al taller de packaging. Pero, si vos vas a trabajar a un negocio y no te pagaron agarras y te vas (…)* **[Pregunto: ¿En algún momento tuviste ganas de dejarlo?]** *no, no, lo que pasa es que bueno, las expectativas eran otras y bueno, era cuestión de esperar…la plata la necesito como cualquiera, ¿no? Además era lo que habíamos acordado desde el primer momento y era lo prometido, pero viste que se hizo como un gremio, así […] bueno, R. decidió seguir porque encontró otra posibilidad de que le hacían otro trámite, que se yo […] y bueno, seguimos, pero no, la verdad que no me decepcione mucho […] yo no."*

En el caso de L. el salario juega un rol importante (tanto como en el de R. Y L. mujer). Reconoce que hay algo terapéutico, *"esto cualquier trabajo"*, pero también su discurso deja ver que hay algo *"más allá de lo terapéutico"*, por eso le incomodaba no cobrar (de octubre 2012 a abril 2013 no obtuvieron salario desde el ministerio de trabajo) y sabe que se puede exigir, por eso fue posible la conformación de *'un gremio'*, porque hay un reconocimiento del trabajo como derecho.

Aún en este caso en que *"es diferente porque se les ve otros puntos de vista, otros sentidos",* el salario ocupa un lugar fundamental a la hora de hablar de trabajo, en especial desde nuestra perspectiva de trabajo

como derecho, porque *"si vos vas a trabajar a un negocio y no te pagaron agarras y te vas".* Sin embargo, pareciera que cuando se está hablando de un *"taller laboral",* cuando se hace referencia al *"trabajo en salud mental"* esto se vuelve una situación tolerable; incluso pareciera que la plata puede ir por un camino paralelo al del trabajo, es decir, perdiendo su calidad de salario: *"R. decidió seguir porque encontró otra posibilidad de que le hagan otro trámite",* haciendo referencia al inicio del trámite de pensión.

L. (Mujer; 37 años): [Pregunto: ¿Qué pasó con la falta de pago?] *"Ah, ya no tenía más ganas de venir, ya no sabía si seguir, si venir los lunes (…) pero mis hermanas me dicen que no lo deje, entonces seguí (…) Porque tengo que hacer algo, no encerrarme, porque vivo encerrada en mi pieza."*

Reaparece la centralidad del salario, pero también las posibilidades que le otorga el grupo al encontrarse, de ser en el grupo. También puede verse en su relato la importancia otorgada a la mirada de los otros, en este caso sus hermanas, insistiéndole para que no abandone ese espacio, aun sabiendo que no cobraba; y finalmente su decisión, no explicitada por completo, de quedarse.

R. (Hombre; 56 años): *Es obvio que nosotros teníamos, este, hechas algunas expectativas, incluso gastos que habíamos hecho, y que obviamente cuando se dice de buenas a primeras que pasa X causa por la que no íbamos a cobrar, y que no íbamos a cobrar nada en forma retroactiva, es como que se planteó ahí un quiebre, "¿y ahora que hacemos?", hicimos una reunión en ese mismo momento, o seguimos, o este…y sí, yo después de pensarlo un poco, es como que dije, bueno, seguimos, seguimos para adelante […] De Octubre a Febrero, en que se dijo primero que no íbamos a cobrar nada, recibimos la noticia los primeros días de Enero, esto era como que en Marzo ya empezábamos a cobrar; a partir del primer día de Marzo, pasó Marzo tampoco cobramos (risas), pasó Abril y bueno en Mayo tuvimos la noticia de que llegaba la tarjeta para cobrar en Abril, este (…)y yo igual no tenía, porque tampoco tenía muchas expectativas a corto plazo de hacer algo, y para quedarme en mi casa mirando el techo, tenía la posibilidad de solicitar esta pensión y hasta tanto me saliera,*

es como que lo considero un puente, una ayuda aparte de lo que estoy cobrando como para […] de ahí la mitad se fueron en comprar 2 cajas de discos, una de pelis y otra de audio […]en función de lo que estamos haciendo con L. (…) él se compró una caja de dvd y de cds y yo otro tanto… y máxime que teníamos la pauta de que ya la estaban cobrando mucho más cara en otros lados, acá en "cd one" no sé si porque tenían una remesa anterior o que, ponele que la estaban cobrando $4 al dvd, acá lo tenían a $2,50 o $2,70 ponele, entonces, sino aprovechamos ahora (risas) que cobramos ese dinero ..."

En el caso de R. el salario también cobra una importancia central dentro del trabajo, por eso señala que el no recibir remuneración significó un *'quiebre';* quiebre que permitió la conformación de lo que L. denomina 'gremio' y a lo que R. hace referencia al mencionar "hicimos una reunión en ese mismo momento" para decidir si continuar o no. Esto vuelve a enmarcarnos en una situación de reclamo de un derecho.

En su discurso, R. hace mención a otro trabajo que está realizando junto a L., con quien graba y vende cds de música y películas. Una posibilidad que les fue abierta a partir del encuentro con los otros, que propicia el espacio de trabajo.

Quitar el salario, hace imposible hablar de trabajo en la sociedad en que vivimos, "El salario reconoce y remunera el trabajo 'en general', es decir las actividades potencialmente útiles a todos. Por lo tanto, en la sociedad contemporánea, para la mayor parte de sus miembros, es el fundamento de su ciudadanía económica. Está asimismo en el origen de la ciudadanía social: este trabajo representa la participación de cada uno en una producción para la sociedad, y por lo tanto en la producción de la sociedad. Es entonces el vehículo concreto sobre cuya base se erigen los derechos y deberes sociales, las responsabilidades y el reconocimiento, al mismo tiempo que las sujeciones y las coacciones." (Castel; 2009:456)

El Trabajo como Vector de Integración Social[6].

Redes de Sociabilidad

E. (Hombre; 60 años): *"Si, tengo muchos amigos; marineros, maquinistas, capitanes, dueños de barcos […] nos juntamos todos, charlamos. Me conocen, hace muchos años, y siempre viste: "eh! ¿Qué haces? ¿Cómo andas? ¿Vamos a 'mangiare'?" […] No, gracias a Dios siempre ahí, viste, ellos siempre me ayudan (…) Juan, ese y el […] son mis amigos predilectos, viste […] Bueno, él por ejemplo (…) porque dijeron que yo andaba 'chapita' por el puerto, caminaba pero no sabía quién era y (…) andaba pidiendo monedas. Bueno, me vio Juan y dijo: "él que venga a comer todos los días acá, todos los días y la cuenta pasámela a mí", durante 5 años y medio me estuvo bancando así, si…y Jorge también, es el secretario general de patrones, de capitanes, juan B. Justo y Padre Dutto (…) si, ellos también […] así que siempre voy con ellos, me llaman a mi o yo los llamo a ellos"*

"[…] A muchos les conté lo del taller, a muchos ahí en el puerto también, a Marcela, a Juan, a muchos les conté, que estuve acá, a mi amigo el periodista también, a Georgina, a mi hija también, a varios les conté, si a todos los que conozco me parece"

Esos 30 años de trabajo en la embarcación dejaron en E., amistades capaces de constituirse en apoyo social en momentos de necesidad. Es el Puerto donde aun hoy E. es invitado a comer, a compartir encuentros, es el contexto donde se siente sostenido en una historia que aun presenta lugares de vacío; y también es el lugar donde contar que hay otro espacio que también le hace bien, donde también se siente contenido.

"He propuesto una hipótesis general para explicar la complementariedad de lo que ocurre sobre un eje de integración por el trabajo (empleo estable, empleo precario, expulsión del empleo) con la densidad de la inscripción relacional en redes familiares y de sociabilidad (inserción relacional fuerte, fragilidad relacional, aislamiento social). Estas conexiones califican zonas de diferente densidad de las relaciones sociales: zona de integración, zona de vulnerabilidad, zona de asistencia,

[6] Ver Capítulo IV.IV.

zona de exclusión o más bien de desafiliación. Pero no se trata de correlaciones mecánicas, puesto que una valencia fuerte de un eje puede apuntalar la debilidad en el otro." (Castel; 2009:418) La situación de E. muestra justamente que no existen relaciones mecánicas entre la "integración al trabajo" y la "densidad de la inscripción relacional", ya que su fuerte inserción relacional, posibilitada a través de una larga trayectoria laboral en un mismo trabajo, le permitió afrontar los momentos de mayor sufrimiento y desorientación, en que además, se encontraba sin trabajo.

L. (Hombre; 43 años): [Pregunto: ¿Alguna crítica?] *"no, al taller no, pero bueno, ahora el lunes vamos a tener una reunión de ciudadanía, y ahí se puede hablar, ¿no? Porque ya hablaron de acá, de la casa de enfrente, ¿es? Está bueno, ¿no? Que lo conozcan un poco más […] para mostrar lo que hacemos, esas si, esas son las expectativas, ¿no? De que se pueda mostrar lo que se hace […] es más yo la encontré a Sandra Chavez, que es una señorita, señora, que trabaja con la municipalidad en el tema de los talleres protegidos y me dijo "bueno, tengo muchas ganas de ir a verlos, a ver que hacen" […] yo lo comento"*

"Yo lo sigo porque veo que progresa, empezamos con los sobres, seguimos con las bolsas de papel y entonces va progresando […] está bueno. […] además está bueno el grupo, ¿no? que se armó acá […] por ahí faltan más encuentros sociales ¿no?, que hacen a este trabajo"

En el discurso de L. reaparece en reiteradas oportunidades, tanto en la entrevista como en el taller, su necesidad de que se difunda más el trabajo que se está desarrollando, que se lleven a cabo actividades de forma articulada con otras instituciones. Sus experiencias previas en otros grupos le permitió exponer en una oportunidad: *"lo que hacemos es de medio camino, queda un camino largo todavía, pero es de medio camino"*, haciendo referencia a los nuevos dispositivos que propone la Ley de Salud Mental 26.657.

"Uno de los horizontes de la intervención en lo social se relaciona con hacer visible aquello que diferentes velos, máscaras o incertidumbres no dejan ver, tal vez porque esa visibilización implica el temor a estar de ese

otro lado, producto de la sumatoria de inseguridades e inquietudes. Por eso no alcanza con la mera voluntad de saber o con la inquietud de "ver", sino que hacen falta dispositivos que acerquen o que sencillamente recuerden la condición humana de unos y otros" (Carballeda; 2002:76). Creo que es este tipo de dispositivos los que L. reclama, desde aquella trayectoria de institucionalización que lo ha vuelto el mayor crítico respecto a las estrategias que se proponen.

L. (Mujer; 37 años): *"y el compañerismo está bien (…) y lo que hacemos también está bien, es re fácil. […]* ***[Pregunto: ¿con quién compartiste el haber empezado el taller?]*** *con mis hermanas […] Y(…) están contentas, hasta ahora me dicen "no lo dejes, no lo dejes" (risas) […] Porque tengo que hacer algo, no encerrarme, porque vivo encerrada en mi pieza […] busqué otra actividad, y ahora esta semana me iba a ir a anotar a computación gratis (…) y no sé si me va a dar la vista y eso (…) pero, voy a probar […] Si, computación, inglés, esas cosas me gustan…"*

Hemos dicho que en la historia de L. (Mujer) el taller es donde se expresan sus vínculos más cercanos, de ahí la importancia que en su situación cobra el trabajo como vector de integración social. Además, la autoestima alcanzada a partir de su participación en este espacio, le ha permitido pensar en realizar otras actividades que le 'gustan' y había postergado. "Cuando la relación, laboral es satisfactoria, trasciende el estado de ánimo individual y se proyecta a lo social a través de actividades constructivas que potencian las relaciones de colaboración." (Schlemenson; 2002: 115)

R. (Hombre; 56 años): *"Y (…) te diría eso de haber conocido gente nueva, gente con la que hicimos una vinculación más allá de lo laboral, por caso con L., o con E. que hemos compartido comidas en la casa, D. mismo, sin venir tanto, fuimos a la casa un día y…es como que hicimos vínculos nuevos digamos […] Si, con L. sobre todo, hemos desarrollado, hemos ido a ver recitales de música, o de más, o él conoce mi familia ya, va a mi casa (…) si, si, está bueno en ese sentido."*

R. subraya la posibilidad que este espacio de trabajo le ha brindado en cuanto a permitirle conocer *"gente nueva, gente con la que hicimos una vinculación más allá de lo laboral",* personas con las que no sólo comparte el tiempo de trabajo, sino que han trascendido lo laboral, para formar parte de la familia, del hogar; de los momentos de ocio.

Ya se ha dicho que "la integración o no integración entendida como el acceso a la ciudadanía, se mide en relación a si las personas logran o no reproducir su existencia económica. La exclusión se encuentra en relación directa con el cercenamiento del derecho al trabajo que evidencian nuestras sociedades" (Castronovo, Hopenhayn; 1998:280). Sin embargo, el cercenamiento de este derecho no afecta sólo la reproducción económica, sino que repercute en la vida familiar y social de los sujetos, es decir en su capacidad de construir y sostener vínculos que le brinden apoyo social, recurso esencial para enfrentar momentos de crisis, como puede ser el sufrimiento mental.

Se concuerda con Castel al tomar al trabajo "como un soporte privilegiado de inscripción en la estructura social. Existe […] una fuerte correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que "cubren" a un individuo ante los riesgos de la existencia." (2009:15). En este caso, vemos como en ausencia de la alternativa laboral, los entrevistados hacen referencia a momentos de soledad: "Porque tengo que hacer algo, no encerrarme, porque vivo encerrada en mi pieza"; "…para quedarme en mi casa mirando el techo", o en situaciones más extremas como la de E. donde su red social construida en ocasión de trabajo, le ha permitido afrontar un momento de gran sufrimiento en su existencia.

Del Trabajo como terapia al Trabajo como Derecho.

¿Taller Laboral o simplemente Trabajo?

E. (Hombre; 60 años): *"me hace bien, viste, que me hace bien venir; por ahí digo: "hoy quiero faltar, no estoy bien" y agarro y digo, "no, me voy"* ***[silva]*** *pongo la música más alta viste; no, me voy. Pero después cuando voy caminando para acá, en el colectivo, estoy así como* ***[agacha la cabeza]*** *como que se me va [...] sin ganas. Muchas veces me agarra muy fuerte la depresión, ¿viste? Me agarra fuerte la depresión así y ahí si me tira, yo no quiero porque me tira a la cama ¿viste?, me tira a la cama […] Y, no sé, trato de levantarme. Decí que la perra mía me ayuda porque cuando me ve 'coso' así, va y me hace así, con la pata, como diciendo "¡levantate, levantate!", Impresionante. Y el gato también, viene y me lame la cara. Después me levanto, me doy una ducha (…) pero igual, viste, me tira mucho, me tira mucho. No, pero ahora estoy tratando (…) por eso me gusta acá, viste. Hay veces que quiero faltar y bueno, falto. No porque yo quiera, pero (…) no sé si alguien me entiende eso. No es por vagancia, no sé cómo te puedo explicar…"*

"Porque a veces vos venís con problemas y de repente como que te desaparece esa cosa, y por eso te digo, eso es muy bonito, que en muchos lugares no lo encontras (…) no hay. Y el ambiente ese […] hay un grupo, ¿viste?"

En E. el derecho al trabajo también implica el derecho a elegir sentirse bien; disfrutar de la actividad a la vez que del encuentro con los otros, con el grupo. Si bien en él el trabajo aparece ligado a prácticas de solidaridad o dadiva, el registro de participar en ese espacio, que se forma en torno a una actividad concreta, con horarios de llegada y de salida, con momentos de producción y de ventas; hace pensar que E. puede respetar ese marco laboral, doblemente dimensionado, desde el salario y los vínculos con sus compañeros.

L. (Hombre; 43 años): *"y (…) el trabajo es terapéutico porque uno se siente bien, además hace contactos, se relaciona, ¿no? Con los clientes, diferentes momentos ¿no? Está bueno, está copado trabajar, si, más así, yo siempre trabajé de comerciante, vendedor y esas cosas, salvo más de chico que trabajé de lava-copas, o ayudante en una pizzería, atendiendo cafés y esas cosas, pero te vas relacionando,*

¿viste? Igualmente, de una u otra forma…entonces si lo vemos en base a Salud Mental, se ve bueno, la parte de relacionarse, conocer gente…"

"[…] Taller Terapéutico o Trabajo, para mí es lo mismo, ¿no? Te comprometes a trabajar o sino directamente decís no […,] también te podes enfermar, ¿no? Pero bueno, si en un trabajo no vas, te enfermas, te mandan la ART, te dicen: "bueno, ¿cuánto quiere: 15 días? ¿Una semana?", ¿No? Como hacen los médicos. […] un día puedo trabajar más, un día puedo trabajar menos; algún día puedo venir con más ganas, otros puedo venir con menos ganas, pero si tomas la responsabilidad de un trabajo, es un trabajo […] no, yo lo que decía es que las otras capacitaciones, hablando de la capacitación, tienen una salida laboral muy buena, porque vos viste, un plomero va a tu casa, te cambia un cuerito y te cobra 50 mangos, entendes, por cambiarte el cuerito […] ni hablemos de cerrajero o se te rompe el coche y…es algo diferente."

L. (Hombre) realiza en reiteradas oportunidades comparaciones con lo que sería un trabajo "fuera del ámbito de la salud mental"; en este caso, hace referencia a que terapéutico es TODO trabajo, no sólo porque es una actividad que lo hace a uno sentirse bien, sino porque le permite, además, construir vínculos con otras personas, relacionarse (esto da continuidad a lo que venía diciendo acerca del salario). Luego expresa que para él no existe diferencia entre un "taller terapéutico" y un "trabajo", en ambos casos se trata para L. de asumir un compromiso, una responsabilidad.

L. (Mujer; 37 años): *"Y...yo espero un buen sueldo y (…) eh, según, no sé, que no sea muy pesado…un trabajo pesado (…)y no sé qué más […]a los 17 años trabajé en un departamento, cuidaba un nene de un año y limpiaba el departamento (…) a mí me gustan los chicos […] Y estuve un año no más (…) y después como me junté, tuve mis hijos y ya no trabajé, bah, trabajé en un restaurant (…) en una pizzería, lavaba platos y eso (…) y después, otros trabajos no me acuerdo […]* ***[Pregunto: ¿Qué sucedió con la falta de pago en el taller?]*** *ya no tenía más ganas de venir, ya no sabía si seguir, si venir los lunes […]y porque mis hermanas me dicen que no lo deje, entonces seguí (…) Porque tengo que hacer algo, no encerrarme, porque vivo encerrada en mi pieza."*

Cuando L. narra su trayectoria laboral y la asocia a hechos de su historia, comienza a inscribir al trabajo en el marco de una actividad existencial; y existir es crear y crearse en el mundo. Por ello, vivir en Mar del Plata, es concurrir al taller, es el vínculo con sus compañeros, es cobrar un salario, de ahí su malestar cuando ello no sucedía. L., establece una relación entre estar horas trabajando en un lugar y cobrar un salario; entre la actividad y el tiempo invertido y el percibir una remuneración.

R. (Hombre; 56 años): *" y, un taller laboral es un taller de aprendizaje, de aprendizaje de un oficio, de una manualidad […] La verdad que ni idea; es decir mi idea en parte era distinta de lo que en realidad era, yo pensaba hacer las bolsas de residuo, cuando dijeron bolsas pensaba en el armado de, este…, pero eran así digamos las bolsas de papel (…)lo que pasa es que necesitas maquinaria, que son caras, viste. Yo cuando me dijeron así o pensaba en las otras clásicas, las bolsitas de papel transparente de plástico, las que se usan para el pan, pensaba en ese tipo de bolsa. (…) pero estuvo bueno porque en un momento en que uno estaba un poco bajón con todo esto que me había pasado, por ahí que no tenía mucho contacto con el mundo, que no salía mucho, que estaba […] me ven mejor dicen, más, no sé, como con la cabeza más ocupada en cosas…"*

Al igual que L. (Hombre) y E., R. hace referencia a la falta de material, que imposibilita la producción de bolsas más rentables y afecta el nivel de productividad, ya que deben invertir mucho tiempo en la producción manual de bolsas que tienen que comercializarse a bajos precios, a pesar del tiempo y el trabajo que implican.

Pero, a la vez, R. reconoce que el espacio le ha sido terapéutico, en el sentido de permitirle tener un lugar de referencia y una actividad en la cual *'ocupar la cabeza',* en un momento en que *"por ahí que no tenía mucho contacto con el mundo".*

Dejar de entender el trabajo en salud mental como terapia, no implica negar las posibilidades terapéuticas abiertas en toda actividad laboral. Todo trabajo puede ser terapéutico, aunque el mundo actual nos haga pensar que esto no es más que de un oxímoron. “Tomando en consideración la dimensión humana inherente a las actividades de producción, deberemos admitir que las conductas humanas laborales deben satisfacer simultáneamente dos racionalidades (por lo menos) distintas: la racionalidad en relación con objetivos materiales de producción, y la racionalidad en relación con la salud o la realización de sí mismo, es decir en relación con objetivos subjetivos. Ahora bien, estas dos racionalidades son originaria e irreductiblemente contradictorias. Someter el propio comportamiento a los únicos criterios de eficacia corre el riesgo de poner en peligro la construcción de la salud, y someter el propio comportamiento al único criterio de la racionalización de sí mismo corre el riesgo de poner en mala posición a las exigencias de productividad.” (Dejours *en Dessors y Guiho-Bailly*; 1998: 154). Hablar de trabajo como derecho nos obliga a intentar conjugar estas dos caras, en especial si queremos hacer de él una estrategia no sólo de promoción de la Salud Mental, sino de ciudadanía y de emancipación social.

VII. CONCLUSIONES

"El mañana traerá consigo lo desconocido.
Sin embargo, también le dará forma lo que herede del día de hoy"
(Castel; 2009)

Llegando al final del proceso de investigación, se comprende que han sido planteados más interrogantes que certezas; que se han abierto más puertas de las que se está dispuesto a cerrar. Tal vez así, tenga que finalizar una Investigación exploratoria.

Entiendo que el recorrido realizado responde apenas a un pequeño recorte de la realidad, desde el momento en que me he propuesto cuestionar, la manera en que es planteado el trabajo dentro del campo de la Salud Mental; repensando el sentido que éste tiene para las personas en sufrimiento mental que concurren al Dispositivo de Atención Psicosocial, de la ciudad de Mar del Plata.

Sin embargo, este proceso debe permitir pensar nuevas líneas de investigación, como por ejemplo, "analizar las políticas públicas referidas al Trabajo dentro del Campo de la Salud Mental en Mar del Plata, como una de las ciudades con mayor porcentaje de población sin empleo"; "Investigar las estrategias de trabajo que implementan las personas en situación de discapacidad física"; "Analizar la precarización laboral, los efectos del 'trabajo en negro', en las personas en sufrimiento mental", entre otras.

Se ha intentado trazar un recorrido histórico, tanto de la Salud Mental como del Trabajo Social, enfrentándonos a las elecciones que cómo profesionales realizamos, entendiendo que el hacer es parte de una decisión, que implica concebir de determinada forma a la profesión y al campo en un contexto específico; una decisión de nombrar de una forma particular, para ir creando aquel mundo en el que actuamos.

Al hablar de decisión, se hace referencia a una posición ética y política, que nos lleva a pararnos frente al sujeto de una manera en particular. De este modo, reconocer al otro como 'sujeto de derecho'; como una persona capaz de

sentir, de expresar y de proyectar su vida; no depende de en qué campo nos desempeñemos, sino que debería constituir el eje rector de nuestra actuación profesional. Es desde esta perspectiva, que la persona en sufrimiento mental como 'sujeto de la experiencia', ha sido el protagonista de este trabajo final.

En este sentido, se insiste en que, si la decisión es hacer un Trabajo Social que genere transformaciones sociales junto a los 'sujetos de la experiencia' y construir, día a día, un campo de la Salud Mental desde el modelo de la complejidad; estamos obligados a salir afuera, a que nuestras propuestas se comprometan a derribar aquellos muros, 'concretos y simbólicos', que aún se mantienen en pie en nuestra sociedad. Muros, que nos impiden pensarnos como un "todo", en cuanto a "comunidad" y nos llevan a sustentar esa dicotomía entre un 'ellos' y un 'nosotros', entre 'locura' y 'razón', entre 'anormal' y 'normal'

Lejos de pretender olvidar el contexto de invención de nuestra profesión, que compartimos con el resto de las ciencias sociales, y nos obliga a una constante crítica sobre lo que pretendemos lograr a partir de nuestras prácticas; debemos recordar que nuestro método de trabajo abre muchas posibilidades, que nos ubica en un lugar de privilegio para luchar contra lo instituido e inventar nuevas prácticas de libertad, dinamizando las relaciones de poder que intentan presentarse como estáticas.

No se trata de creer en la omnipotencia de la profesión, sino en confiar en el poder constructor de la dialéctica que ésta nos plantea; por enfrentarnos con la palabra del Otro, con el discurso de aquellos que suelen ser silenciados; por construir una práctica conjunta con quienes sufren el ser invisibilizados.

Cómo dice Basaglia, será el *optimismo de la práctica,* aquel que nos permita soñar y crear un futuro diferente; práctica, que sólo es posible en el proceso 'cara a cara' con el otro. "La verdad está en nuestra práctica cotidiana, en el romper ideas preconcebidas, en el tomar distancia del pesimismo de nuestra razón dándonos fuerza para poner en acto una práctica optimista" (Basaglia; 2008).

El objetivo ha sido, como dice Carballeda, lograr "una modalidad discursiva diferente, determinada ahora por el sujeto, por su propia palabra, por su singularidad, a la vez que recuperar la importancia de los vínculos de ese sujeto con otros, buscando desde allí una resemiotización de aquello que se

construyó discursivamente como hegemónico. Una alteración de la gramática que permita una nueva enunciación de lo real." (Carballeda; 2012: 117)

Decir que nos encontramos en un momento de transición, trae aparejado inestabilidades, inseguridades, pero esencialmente, oportunidades de construir, de acercar más la realidad a aquello que manifiestan nuestros deseos. Han sido brevemente relatadas varias experiencias de 'desmanicomialización' donde sustentar nuestras prácticas. Experiencias que debemos poner en discusión, hacer dialogar con aquello que se presenta frente a nosotros como realidad y lo que queremos alcanzar en un futuro; porque como expresa Castel, más allá de la cuota de incertidumbre, mucho de lo que exista mañana, dependerá de lo que hoy decidamos o no hacer.

Se ha intentado dar sentido al trabajo desde la persona en sufrimiento mental y sus discursos nos han mostrado que no difiere demasiado de lo que para toda persona significa 'tener un trabajo'. Y tal vez el desafío no sea más que este: pensar a la 'persona en sufrimiento mental' como 'trabajador', como titular de este derecho humano fundamental, que reclama por ejercerlo.

Esto es lo que nos viene a exigir la palabra de aquellos cuyas historias he intentado contar. Y es esto también lo que viene a poner en cuestión la Ley 26.657, como instrumento para garantizar los derechos a todas las personas en sufrimiento mental.

E. (Hombre; 60 años): [El trabajo implica] "Eh […] siempre superar, ¿no? de ir cada día mejor. […] para mí y para los demás […] El trabajo me da ganas de vivir, ¿me entendes?

[…]

Me hace bien, viste, que me hace bien venir […] Porque a veces vos venís con problemas y de repente como que te desaparece esa cosa, y por eso te digo, eso es muy bonito, que en muchos lugares no lo encontras (…) no hay. Y el ambiente ese […] hay un grupo, ¿viste?"

La historia nos ha acostumbrado a pensar la atención de las personas en sufrimiento mental, por fuera del conjunto de la sociedad. Así se ha sostenido el encierro como tratamiento, el hospital psiquiátrico como 'hogar natural' y el trabajo sólo como terapéutico; no como derecho, como instrumento

de emancipación, como vector de integración, como constructor y sostenedor de la identidad.

Pareciera que para la población sujeto de investigación, el derecho a la salud desdibujara los demás derechos; les restara importancia en la construcción del sujeto, en la delimitación de un proyecto de vida.

Sin embargo, no es fácil separar el Derecho a la Salud del Derecho al trabajo, y no hago referencia sólo a este campo en particular; o tal vez sí, en el sentido que recuperar el verdadero significado del trabajo, es una forma de hablar de la Promoción de la Salud Mental, de todos y cada uno de los ciudadanos.

Cómo ha dicho Basaglia, "Indudablemente una de las terapias más importantes para combatir la locura es la libertad. Cuando un hombre es libre, cuando se tiene a sí mismo y a su propia vida, le resulta más fácil combatir la locura. Cuando hablo de libertad, hablo de libertad de trabajar, de ganarse el sustento, y esta es ya una lucha contra la locura." (Basaglia; 2008:87)

Se ha intentado mostrar que desde una óptica netamente terapéutica, el trabajo se vuelve una técnica más de control institucional, una forma de llenar aquellos espacios de tiempo que podrían ser considerados "ociosos"; una actividad terapéutica, y como tal, prescripta, orientada, protegida. Se anula de este modo la posibilidad de expresar un deseo, de elegir; incluso de tener la libertad de mostrarse diferente, en un grupo en el cual se pretende una ficticia homogeneidad.

Es en este sentido, que se cree que para hablar verdaderamente del trabajo como derecho, se debe dejar oír aquella voz acostumbrada a ser silenciada o escondida bajo las palabras del "especialista". Porque hablar de Salud Mental es también combatir el silencio; poder poner palabra a tanto vacío; poder nombrar con voz propia y reconocerse en aquello que se dice.

Tal vez sea el resabio de una historia de exclusión, la que nos hace pensar al trabajo en salud mental como apartado del derecho al trabajo en general; tal vez sea parte de esta lucha que tenemos que librar entre lo 'viejo' y lo 'nuevo', entre lo 'instituido' y lo 'instituyente', entre lo que existe y lo que está por llegar.

No tenemos hoy todas las respuestas, ni creemos que las vayamos a encontrar; pero con seguridad no debemos dejar de cuestionar, de

repreguntarnos sobre 'el por qué y el para quién' de nuestras prácticas. Porque hemos sostenido actuaciones e instituciones que pretendían tener como centro de interés a las personas en sufrimiento mental, cuando en realidad sólo buscaban 'proteger a la ciudad de la locura', al tiempo que nos confirmaban a 'nosotros', los 'normales', nuestra racionalidad. Y esto no desaparece de un día para el otro, la ley no funciona a modo de varita mágica, aun cuando su letra signifique un gran avance.

Es por eso, que debemos ser cuidadosos y críticos respecto a los dispositivos que se nos presentan e incluso inventamos como alternativos, porque en ellos también pueden anularse subjetividades, también allí, las actividades pueden estar de tal manera planteadas que impidan la expresión de deseos y necesidades personales, en ellos también se puede caer en la trampa de homogeneizar a las personas en sufrimiento mental, impidiéndoles expresarse como verdaderos sujetos de derechos, a través de las particularidades que nos vuelven únicos. Porque sabemos que se puede ser 'manicomial' fuera del manicomio.

Se ha intentado cuestionar de qué modo son pensadas hoy las políticas laborales en el campo de la Salud Mental, nos hemos preguntado si el trabajo bajo el manto de lo "terapéutico" no continúa estando más cerca de aquel control total del tiempo y del cuerpo de las personas, que de la efectiva realización de un derecho humano fundamental.

En todo caso, deberíamos preguntarnos: ¿no esperamos todos, que nuestro trabajo nos sea terapéutico?

L. (Hombre; 43 años): "y (…) el trabajo es terapéutico porque uno se siente bien, además hace contactos, se relaciona, ¿no? […] entonces si lo vemos en base a Salud Mental, se ve bueno, la parte de relacionarse, conocer gente.

[…]

Taller Terapéutico o Trabajo, para mí es lo mismo, ¿no? Te comprometes a trabajar o sino directamente decís no […] un día puedo trabajar más, un día puedo trabajar menos; algún día puedo venir con más ganas, otros puedo venir con menos ganas, pero si tomas la responsabilidad de un trabajo, es un trabajo."

El nuevo modelo nos invita a pensar en la inclusión social, en una sociedad en la que todas las personas participen más allá de las características particulares que nos hacen diferentes; ya no se trata de "corregir ciertos obstáculos personales para que nos adaptemos a una sociedad que funciona correctamente", ni de construir guetos en los que aquellos que son considerados "peligrosos", en este caso las personas en sufrimiento mental, puedan ser agrupados y homogeneizados para facilitar su control.

Sin embargo, no estamos hablando de una tarea fácil. No es sencillo romper con una forma de pensar y de actuar que tiene tanta historia; suele ser más fácil construir nuevos dispositivos, coherentes en apariencia con los principios actuales, pero que no han logrado pensarse verdaderamente como parte integrante de la sociedad; que no dejan de alcanzar aquella captura total del cuerpo y del tiempo de las personas y que siguen exigiendo que sean los sujetos quienes se amolden a la dinámica propuesta.

Aquí lo que se espera, es que sea el dispositivo quien responda a las necesidades particulares de cada sujeto de la experiencia, entendiendo que, en última instancia, lo que se busca, es que la comunidad sea pensada para la inclusión social de todos sus miembros.

El reclamo de L. viene a exigir otro tipo de dispositivo, una lógica diferente.

L. (Hombre; 43 años): "salir un poco del ámbito de la Salud Mental, conocer otra gente."

Debemos recordar que "uno de los horizontes de la intervención en lo social se relaciona con hacer visible aquello que diferentes velos, máscaras o incertidumbres no dejan ver, tal vez porque esa visibilización implica el temor a estar de ese otro lado, producto de la sumatoria de inseguridades e inquietudes. Por eso no alcanza con la mera voluntad de saber o con la inquietud de "ver", sino que hacen falta dispositivos que acerquen o que sencillamente recuerden la condición humana de unos y otros" (Carballeda; 2002:76).

Entonces, ¿Por qué seguir pensando dispositivos específicos para las personas en sufrimiento mental cuando se quiere dar respuesta a la necesidad

de trabajo? ¿No responde esto a la antigua lógica de exclusión? Lo que se reclama es la inclusión en la sociedad; no inventar nuevos dispositivos que incluyan por exclusión, sino exigir que los ya existentes den respuesta a la heterogeneidad de la sociedad.

Me vuelvo a preguntar: las estrategias de inserción laboral que ofrecen dispositivos terapéuticos-laborales específicos para las personas en sufrimiento mental: ¿corren el riesgo de constituirse en nuevos "guetos de la locura" que impiden una integración real?; ¿Qué sucede con el trabajo como derecho en las personas en sufrimiento mental? ¿Acaso no se desdibuja cuando aparece necesariamente vinculado a lo terapéutico? ¿Cuándo deben crearse dispositivos específicos de inserción laboral? ¿No perdería su carácter de gran instrumento de integración social, cuando permite esa línea divisoria entre un "ellos" y un "nosotros"?

A lo largo de este recorrido he construido una respuesta a estas preguntas, a través de la voz de los protagonistas. Pero mi intención es que esta tesis de grado permita a más personas repreguntarse sobre esta temática, tomar una posición crítica respecto a los dispositivos existentes, cuestionar las actuaciones profesionales en Salud Mental.

Se ha expuesto que hablar de trabajo es más que hablar de salario. Se trata de una actividad esencialmente humana, en la que el sujeto se enfrenta a su ambiente con la intención de transformarlo, provocando a la vez cambios en sí mismo; una actividad que no se desarrolla aisladamente, sino que mantiene a la persona en contacto con otros, lo que posibilita la construcción de vínculos. Un lugar de encuentro que le permitirá obtener los reconocimientos necesarios para sentir que lo que hace tiene sentido, lo cual influye favorablemente tanto en su autoestima, como en el sostenimiento de su identidad.

Volvamos a la idea de trabajo como salario, si bien no considero que sea la función más importante del trabajo, cobra gran relevancia en el Campo de la Salud Mental; porque ha sido históricamente negado o al menos menospreciado al hablar de personas en sufrimiento mental.

"El salario reconoce y remunera el trabajo 'en general', es decir las actividades potencialmente útiles a todos. Por lo tanto, en la sociedad contemporánea, para la mayor parte de sus miembros, es el fundamento de su ciudadanía económica. Está asimismo en el origen de la ciudadanía social:

este trabajo representa la participación de cada uno en una producción para la sociedad, y por lo tanto en la producción de la sociedad. Es entonces el vehículo concreto sobre cuya base se erigen los derechos y deberes sociales, las responsabilidades y el reconocimiento, al mismo tiempo que las sujeciones y las coacciones." (Castel; 2009:456).

Vemos la importancia que tiene el salario, la remuneración del trabajo, en cuanto a la construcción ciudadana, es decir, para entender realmente al trabajo como un Derecho. Sin embargo, en muchas de las alternativas que se presentan como Trabajo dentro del Campo en consideración, parece que éste perdiera su relevancia. Como si cayera a un plano menor, nuevamente empujado por aquel adjetivo de 'terapéutico'. Y entonces, se espera que la persona en sufrimiento mental acepte trabajos mal pagos, o busque resarcimiento económico por medio de otras estrategias, en pos de su salud mental.

Sin embargo, ¿invertir tiempo y esfuerzo en una actividad estructurada, en la que se deben respetar horarios de llegada y de partida, sin obtener un salario digno por ello; no afectaría a cualquiera?

L. (Hombre; 43 años): "¿Por qué quiero trabajar? (…) una buena pregunta (…) y, eh (…) la plata es importante, ¿no?

[…]

Y bue (…) no cobramos, yo lo veo así; es más si vos vas a trabajar a otro lado, bueno, esto es diferente porque se les ve otros puntos de vista, otros sentidos, ¿no? Acá al taller de packaging. Pero, si vos vas a trabajar a un negocio y no te pagaron agarras y te vas […] la plata la necesito como cualquiera, ¿no? Además era lo que habíamos acordado desde el primer momento y era lo prometido, pero viste que se hizo como un gremio."

L. (Mujer; 37 años): [Al no cobrar] "ya no tenía más ganas de venir, ya no sabía si seguir, si venir los lunes (…) pero mis hermanas me dicen que no lo deje, entonces seguí (…) Porque tengo que hacer algo, no encerrarme, porque vivo encerrada en mi pieza."

Pensar el trabajo en Salud Mental apartado del trabajo en general, nos ha permitido a la vez desvincular de él el salario, convertirlo muchas veces en

un ‘como sí’, donde lo producido no alcanza a ser reconocido por el resto de la sociedad.

El trabajo como vector de integración social, no debería pensarse como un dispositivo que sólo acepte personas en sufrimiento mental, que deban acreditar tal situación a través de un certificado de discapacidad.

Pienso que esto responde al momento de transición que estamos atravesando. Aspiro a que llegue el día en que no haga falta certificar una discapacidad para que sea reconocido un derecho humano, como es el trabajo. Considero que los trabajos existentes deben dar respuesta a la diversidad presente en nuestra sociedad; con esto quiero decir, que deberían tener la flexibilidad necesaria para que las personas puedan trabajar la cantidad de horas que les sea posible sostener, para articular aquella racionalidad productiva con la racionalidad que da respuesta a la realización de sí mismo, es decir, que hace a aspectos subjetivos, defensores de la Salud Mental.

VIII. ANEXO

Guión de la Entrevista

Introducción:

Agradecer la presencia del entrevistado y realizar un breve resumen respecto a los temas que se abordarán, contextualizando la entrevista dentro de una tesis perteneciente a la licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Temas y Subtemas:

Trabajo:

- Expectativas respecto a lo que debe obtener de un trabajo
- Cuál sería el trabajo ideal
- Ventajas y desventajas del trabajar
- Existencia de un modelo anterior (padres, hermanos, vecinos…)

Experiencias laborales anteriores:

- Modo en que consiguió el trabajo
- Duración en el tiempo
- Relaciones construidas a partir de esas experiencias
- Motivo por el cual dejó de realizar esa actividad

Taller Fantasía:

- Definición de taller laboral
- Expectativas al momento de ingresar al taller
- Personas con las que compartió el haberse incorporado a este grupo de trabajo
- Opinión de esas personas respecto a su participación en el taller

- Beneficios de la participación en el mismo
- Críticas
- Sensación al momento de cobrar y durante el tiempo que no obtuvo retribución monetaria

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, C. y Bulit Goñi, L. (2010) "Políticas sobre la Discapacidad en Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos." Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores.
- Alayón, N. (1985) "Perspectivas del Trabajo Social". Buenos Aires, Ed. Humanitas
- Alonso Sainz, G., Otero, D., Orlandelli, M. y Salinas, G. (2011) "Ley Nacional de Salud Mental N°26.657". Buenos Aires, Ediciones Centro Norte.
- Amarante, Paulo (2006) "Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil", Buenos Aires, Asoc. Madres de Plaza de Mayo.
- Amarante, Paulo (2007) "Superar el Manicomio. Salud mental y Atención Psicosocial", Buenos Aires, Ed. Topía.
- Amico, L (2005) "La Institucionalización de la Locura: la Intervención de Trabajo Social en alternativas de atención" Buenos Aires, Ed. Espacio.
- Aquín, N. (2003) "Ensayos sobre ciudadanía: Reflexiones desde el trabajo social". Buenos Aires. Ed. Espacio
- Basaglia, Franco (1972) "La Institución Negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico". Barcelona. Ed.Barral.
- Basaglia, Franco (2008) "La Condena de ser Loco y Pobre. Alternativas al manicomio". Capital Federal. Ed. Topía.
- Bustelo, E. y Minujin, A. (1998) "Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes" Unicef.
- Carballeda, A. y otros (2002) "Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la salud: obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación". Artículo publicado en www.margen.org.2002
- Carballeda, A. (2002) "La Intervención en lo Social: Exclusión e Integración en los Nuevos Escenarios Sociales", Buenos Aires. Ed. Paidos.

- Carballeda, A. (2004) “Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad”, Buenos Aires. Ed. Espacio.
- Carballeda, A. (2006) “El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad.”, Buenos Aires. Ed. Espacio.
- Carpintero, E (2011) ‘‘La Ley Nacional de Salud Mental: análisis y perspectivas” Publicado en Revista Topia el 5 de Enero de 2011.
- Carpintero, E., Stivala, F. y Scorofitz, H. (2011) “El Derecho a la Salud”. Publicado en Revista Topia en Abril de 2011.
- Carpintero, E (2011) “La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto”, Capital Federal. Ed. Topia.
- Castel, R (2009) “La metamorfosis de la cuestión social”, Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Castel, R (2009) “El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo”, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.
- Castronovo, R., Hopenhayn, M. (1998) “Integración o desintegración social en el mundo del siglo XXI”, Lanús, Ed. Espacio.
- Cohen, H., Natella, G. (1991) “Para hacer una cosa mala basta con uno solo, para hacer una cosa buena se necesitan muchos” *en Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. III.*
- Cohen, Hugo y Natella, Graciela (2005) “Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro” Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2007)
- De Sousa Santos, Boaventura (2006) ‘‘Renovar la Teoría Crítica y Reinventar la Emancipación Social: Encuentros en Buenos Aires” CLACSO.
- Dejours, C. (2010) “Contribución de la Clínica del Trabajo a la Teoría del Sufrimiento” en la revista TOPIA, Noviembre de 2010.
- Delgado; Gutiérrez (1998) “Métodos y técnicas cualitativas de Investigación”. Buenos Aires, Ed. Paidós.

- Dessors, D. y Guiho-Bailly, M. (1998) “Organización del Trabajo y Salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo.” Buenos Aires, Ed. Lumen.
- Ewald, F., (1995) “El advenimiento de un individualismo negativo”. Entrevista a Robert Castel. Revista Debats. Nº 54.
- Foucault, M. (1998) “El Orden del Discurso”.Francia. Ed. Tusquets.
- Foucault, M. (2007) “El Poder psiquiátrico”. México. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2009) “Historia de la locura en la época clásica”. México. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1992) “La verdad y las formas jurídicas”. Barcelona. Ed. Gedisa.
- Foucault, M. (1981) “Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones”, Madrid. Alianza editorial de Madrid.
- Fromm, E. (1962) “Marx y su concepto de hombre”, México. Fondo de Cultura Económica.
- Galende, Emiliano (2008) “Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser”. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Hernández Sampieri, R ;Fernández Collado, C; Baptista Lucio, P (1997) “Metodología de la Investigación”. México.
- Hopenhayn, M. (1998) “Repensar el trabajo. Historia, profusión y perspectivas de un concepto.” Grupo editorial Norma.
- Kazi, Gregorio; Ajerez Margarita (2008) “Salud Mental. Experiencias y Prácticas”, Buenos Aires, Ed. Espacio
- Levín, S. (1997) “La ciudadanía social argentina en los umbrales del siglo XXI” Ponencia presentada en las II JORNADAS INTERNACIONELES ESTADO Y SOCIEDAD. Centro de Estudios Avanzados-UBA. Buenos Aires. 17 al 19 de Septiembre de 1997.
- Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 (2010)
- Meda, D. (1998) “El Trabajo. Un valor en peligro de extinción”, Barcelona, Ed. Gedisa.
- Méndez, R. (2006) “Trabajo Social en el campo del a Salud Mental. La práctica del trabajo social y el despliegue de sus condiciones de

posibilidad en el campo de la salud mental", Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata.

- Méndez, R. (2008) "Las practicas discursivas del Trabajo Social y su relación con los mecanismos de control del discurso por parte de las Ciencias Sociales." Ponencia presentada en el Segundo Foro Latinoamericano: Escenarios de la vida social, El Trabajo Social y las Ciencias Sociales en el siglo XXI. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina. 28,29, 30 de Agosto de 2008.
- Morin, E. (1994) "Introducción al Pensamiento Complejo". Barcelona, Ed. Gedisa.
- Schlemenson, A. (2002) "La estrategia del talento: alternativas para su desarrollo en organizaciones y empresas en tiempos de crisis". Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Schvarstein, L. y Leopold, L. (2005) "Trabajo y subjetividad: entre lo existente y lo necesario". Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Strauss, Anselm y Corbin, Juliet (2002) "Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada". Bogotá. Colombia. CONTUS-Editorial. Universidad de Antioquia.
- Taylor, P. y Flint, C. (2002) "Geografía Política: Economía Mundo, Estado-Nación y Localidad". Madrid. Trama Editorial.
- Taylor, S. J y Bodgan, R. (1986) "Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La Búsqueda de significados", Buenos Aires, Ed. Paidós
- Travi, B. (2008) "El Trabajo Social y las Ciencias Sociales. Aportes frente a la invisibilización y el "epistemicidio" disciplinar" Ponencia presentada en el Segundo Foro Latinoamericano: Escenarios de la vida social, El Trabajo Social y las Ciencias Sociales en el siglo XXI. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina. 28,29, 30 de Agosto de 2008.
- Torrado, S. (2003) "Historia de la familia en la Argentina Moderna (1870-2000)", Buenos Aires, Ed.de la Flor.

- Vélez Restrepo, L. (2003) “Reconfigurando en Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas”, Buenos aires. Ed. Espacio.
- Zelaya S. y Freytes Frey M. (2007) “Experiencia de transformación institucional en la red de salud mental de la Provincia del Chubut”, en la revista TOPIA, Noviembre de 2007.