

LOCOS MUNDOS SOCIOLABORALES

Aportes y desafíos desde el Trabajo Social.



AUTORES: Bertazzi, Luciana.
Varela, Ma. Agustina.

TL 999
BERT
TESIS
830
7692

TUTORES: Andrada, Ana.
Burijovich, Jacinta.
Torres, Exequiel.



UNC



trabajo
social
facultad de
ciencias sociales

LOCOS MUNDOS SOCIOLABORALES

Aportes y desafíos desde el Trabajo Social. Reinserción sociolaboral en Salud
Mental.

Autores:

Bertazzi, Luciana.

Varela, Ma. Agustina.

Tutores:

Andrada, Ana

Burijovich, Jacinta.

Torres, Exequiel.

Porque ningún logro es producto de las individualidades.

Porque somos parte de todos los que nos acompañaron.

Porque en el compartir se entretajan alegrías, se fortalecen vínculos, se potencian las luchas y las transformaciones son posibles.

Porque en lo colectivo se multiplican las fuerzas.

Porque en las fuerzas surgen los sueños.

Porque hoy nuestro sueño se cumple.

Les agradecemos a todos los que nos acompañaron por transitar junto a nosotras este camino.

Prólogo

Es un gusto poder compartir con ustedes la iniciativa que tuvieron de realizar su tesis de la carrera de trabajo social en el ámbito de una bolsa de trabajo en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.

Yo participe como paciente externado o ambulatorio de esta experiencia que duró cerca de un año de sincronizar nuestros relojes, cuerpo, alma y corazón todos los miércoles en la oficina de Jaschele Buriyovich,

Ignacio Fourcade.

Índice

Prólogo.....	5
Introducción.....	9
I. Capítulo Uno: Acercamiento al campo de la Salud Mental y a la dimensión del mundo socio laboral.....	13
I.1. Algunos conceptos claves que atraviesan el proceso de intervención.....	19
I.2. Marco Normativo: Entre lo permitido y lo prohibido. Entre lo habilitante y lo limitante.....	23
II. Capítulo Dos: Situando al Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.....	29
II.1. Un neuro, muchos neuros.....	35
II.2. Lo instituyente en el proceso de intervención pre-profesional.....	38
II.3. Relaciones inter-institucionales.....	40
III. Capítulo Tres: Usuarios en Acción por el Derechos a la Salud Mental.....	45
III.1. Paradigmas y tensiones en el campo de la Salud Mental.....	50
III.2. El concepto de hegemonía para entender las tensiones existentes.....	53
III.3. Los sujetos de la intervención.....	56
III.4. La institucionalización hecha cuerpo.	59
IV. Capítulo Cuatro: El Trabajo Social en el campo de la Salud Mental.....	63
IV.1. Reconstruyendo el proceso de intervención.....	67
IV.2. Trabajo Social y Salud Mental.....	69
IV.3. Estrategias.....	74
IV.4. Resultados, impactos y tensiones.....	78
IV.5. Reflexiones Finales.....	82
IV.6. Sentir-pensar-hacer desde el rol de estudiantes.....	85
VIII. Bibliografía.....	87
IX. Anexos	

Introducción

El presente escrito concretiza el proceso de intervención realizado en el marco del trabajo de tesina correspondiente al quinto nivel de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social. En términos generales, dicho proceso se llevó a cabo en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba –en adelante HNP-, nosocomio dedicado a la atención de patologías mentales agudas y/o agudización de patologías crónicas. En términos más precisos, la intervención se realizó en la intersección entre el campo de la Salud Mental y el del Mundo Sociolaboral con personas que transitaron por períodos de internación/externación en dicha institución.

El interés que nos convocó a optar por la temática de Salud Mental surge, en una primera instancia, por una inquietud que se mantuvo latente a lo largo del cursado de la carrera y que se constituyó en el puntapié necesario para esta elección.

El poco acercamiento que a lo largo de la trayectoria académica tuvimos hasta el momento de este escrito y las escasas oportunidades proporcionadas por la Facultad de Ciencias Sociales en materia de Salud Mental acrecentaron los intereses personales que nos convocaron a explorar un amplio abanico de material teórico y experiencias empíricas existentes que influenciaron la elección de esta temática.

En una segunda instancia, el acercamiento por razones personales a determinados espacios, movimientos de la sociedad civil y diversos actores comprometidos en la lucha por la defensa de los derechos en Salud Mental fue clave también en las decisiones tomadas.

Por último y relacionado con lo anterior, el conocimiento de prácticas y experiencias existentes se constituyeron en motivaciones de nuestra elección en términos de desafíos a ser desnaturalizados, problematizados y transformados en prácticas que velen no sólo por la defensa y divulgación al conjunto de la sociedad de los derechos en Salud Mental sino por la concreción real de dichos derechos.

El abordaje de la intersección entre el campo de la Salud Mental y el Mundo Socio Laboral se constituyó como un desafío respecto a una problemática estructural como lo es el desempleo. Abordarla sin aludir a conceptos más amplios para comprender su origen, es

caer en análisis acotados que centran su atención en el sujeto como individuo responsable de sus acciones, dejando por fuera los diversos factores del contexto macro y micro que influyen y condicionan la vida de las personas.

A los fines de lograr una reflexión crítica y evitar caer en reduccionismos, es necesario aludir al concepto de Cuestión Social, podemos entenderla como una “(...) *manifestación de las desigualdades y antagonismos (...) del desarrollo del sistema capitalista, manifestación de las relaciones sociales y producto de la relación entre capital-trabajo*”. (Iamamoto & Carvalho, 1992, pág. 9) Podemos comprender al desempleo como una de las expresiones de las desigualdades sociales que este sistema capitalista produce en un tiempo y espacio determinados. Del mismo modo, la autora sostiene que pensar en la cuestión social implica también entenderla como “rebeldía” en tanto y en cuanto los sujetos que por ella transitan, son portadores de capacidades y habilidades a partir de las cuales pueden exigir al Estado cambios y transformaciones que garanticen el cumplimiento de sus derechos.

En este marco, entendemos que esta problemática atraviesa a gran parte de la población que se inserta en este sistema que se caracteriza, entre otras cosas, por no garantizar la igualdad de oportunidades y posibilidades de acceso. Consideramos relevante explicitar que dicha problemática no responde meramente a una cuestión estructural y económica, sino que se reafirma en una dimensión simbólica que responde a representaciones sociales que la sociedad toda tiene respecto a las personas que han transitado por procesos de internación/externación en instituciones de salud mental. Es decir, esta problemática toma características particulares en el análisis del incremento de barreras que obstaculizan la reinserción sociolaboral de este colectivo.

Entendiendo la complejidad de lo expuesto y, a los fines de facilitar la lectura del público, esbozaremos a continuación los contenidos del presente trabajo organizados en cuatro capítulos.

En una primera instancia, el lector podrá sumergirse en las teorías, conceptos y marcos normativos, como así también en las políticas públicas que atraviesan al campo de la Salud Mental y su relación con el campo sociolaboral existentes hasta el momento de este escrito

En el segundo capítulo, el lector podrá aproximarse al escenario de intervención, en este caso el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial. Espacio en el cual tuvo origen el proceso de intervención pre-profesional.

En un tercer momento, mediante la explicitación de las tensiones vigentes entre los paradigmas que atraviesan al campo de la Salud Mental buscaremos dar cuenta de las concepciones y caracterizaciones que existen sobre esta población.

El cuarto capítulo se centrará en el proceso de intervención pre profesional llevado adelante, buscando resaltar la especificidad del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental.

Por último, y entendiendo la imposibilidad que se presenta en el intento de llegar a conclusiones acabadas es que presentaremos algunas reflexiones finales que se constituyen en futuros interrogantes y desafíos que permitan continuar con los procesos de problematización, desnaturalización y transformación de lo abordado en este trabajo.

CAPÍTULO I

Un acercamiento al campo de la salud
mental y a la dimensión del mundo
sociolaboral.



“Los marcos son estructuras mentales que conforman nuestro modo de ver el mundo. Como consecuencia de ello, conforman las metas que nos proponemos... En política nuestros marcos conforman nuestras políticas sociales y las instituciones que creamos para llevar a cabo dichas políticas. Cambiar nuestros marcos es cambiar todo esto. El cambio de marco es cambio social. "No pienses en un elefante"

(2004), George Lakoff

La complejidad que caracteriza al campo de la Salud Mental, y la constitución de lo que hoy conocemos como el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial nos obliga a realizar una aproximación a los diversos modos de abordar la Salud Mental a lo largo de la historia.

A partir de la lectura de Alegret & Urbano (2002-2005) podemos decir que, en sus inicios, el campo de la Salud Mental no existía como tal y tampoco el Estado era un actor interventor. Durante mucho tiempo, el eje de la cuestión se centraba en conceptos como la enfermedad, el loco, la locura, lo anormal. En esta época –siglo XVIII- predominaba la representación social de exclusión y encierro a lo que se percibía como diferente, así se crearon asilos para diferentes grupos de la población, por ejemplo el manicomio que nace para encerrar a los “enfermos mentales”. En estas instituciones, la internación tenía el propósito de corregir eso que se veía como diferente. Sus objetivos eran de índole social, religioso, moral y económico, se buscaba el restablecimiento del orden social, donde la razón y la moral funcionaban como elementos para el tratamiento de la locura.

La relación de la locura con el campo del trabajo tenía como finalidad corregir a dichos sujetos quienes eran obligados a trabajar en las instituciones encargadas de su asilo. En este sentido, las intervenciones tenían propósitos sociales como restablecer el orden; religiosos como impartir el catolicismo; morales, como castigar aquellos comportamientos que no respondían al deber ser establecido en los acuerdos sociales; y económicos, como acabar con el desempleo, disimular la miseria social y aprovechar la mano de obra. Además, la sociedad en general consideraba que hacer trabajar al loco era una experiencia moralizante, más efectiva como control social que la mera exclusión.

A partir de la lectura de Amico (2005) podemos decir que los cuestionamientos al manicomio y los modos de intervención sobre la locura, se inician en el siglo XX de la mano de diversos movimientos en Europa, EEUU y la generación de prácticas alternativas al manicomio en Argentina. *“(...) se pone énfasis en la firme defensa de los derechos humanos, en la reformulación de las técnicas cotidianas con las que se aborda la enfermedad (...) Se trata de transformar los dispositivos institucionales”* (Amico, 2005, pág. 43)

Estos avances en relación a los modos de intervención sobre la locura y en articulación a la dimensión del trabajo son generadores de múltiples metodologías que comienzan a aplicarse. Una de las experiencias surge en E.E.U.U. a finales de los 70 “El Empleo con Apoyo” –ECA- demostrando que las personas consideradas no aptas para el empleo competitivo podían llevar adelante un proceso laboral si se les brindaba apoyo. Esta experiencia se extendió a Europa y el resto de América. En nuestro país diversas instituciones y organismos utilizaron dicha modalidad aplicándola al colectivo de personas con discapacidad intelectual y numerosas empresas que poseen programas de apoyo a la inclusión. *“Podría decirse que es reciente su aplicación a la salud mental a nivel mundial, en comparación a su ejercicio y estudio en la discapacidad intelectual”* (Dirección General de Salud Mental, 2017)

En el marco de continuas reformas opositoras al modelo psiquiátrico, en Argentina, en la provincia de Río Negro en 1985 se da lugar a la primera transformación del sistema de salud mental vigente en nuestro país. Hasta ese momento la asistencia psiquiátrica tenía características manicomiales y lugar en un hospital Neuropsiquiátrico. Algunas características de esta reforma tuvieron que ver con la externación de pacientes internados, la conformación de nuevos equipos en los hospitales generales, la intervención de los equipos de salud mental en el lugar donde el individuo desarrolla su vida cotidiana *“Este proceso de cambio sociocultural se conoce como <desmanicomializador>, entendiendo que la salud mental es posible a partir de la interacción social concreta en condiciones de horizontalidad de poder”* (Amico, 2005, pág. 62).

La segunda reforma que consideramos un antecedente a tener en cuenta tuvo lugar en San Luis en 1993. En esta provincia también se personalizaron los tratamientos, se inició una política de puertas abiertas que permitió una relación entre los “pacientes”, la comunidad y las familias. A su vez, se dio lugar a un plan de externación que se apoyó en una red de atención comunitaria.

Es en el año 2010 que en nuestro país y en la provincia de Córdoba se sancionan las leyes nacional y provincial de Salud Mental, opuestas a las concepciones manicomiales

tradicionales y enmarcadas en una nueva ideología: el paradigma de los Derechos Humanos. Es en este sentido que el acceso al trabajo comienza a ser considerado como un derecho de todos los ciudadanos y en este marco, resulta imprescindible comenzar a pensar en la creación de dispositivos alternativos a las prácticas manicomiales –tal como lo exigen las leyes antes mencionadas- que pongan en marcha el efectivo cumplimiento de este derecho.

Interesa resaltar que, al momento de este escrito, los sujetos del colectivo de Salud Mental continúan encontrando barreras en el pleno acceso a los derechos enunciados por las leyes mencionadas, debido a la continuidad de prácticas y lógicas manicomiales en las diversas instituciones como así también, a la escasa existencia de dispositivos sustitutivos que permiten su efectivo cumplimiento. *“Como se deja ver, la situación de desfinanciamiento de la salud mental en Córdoba no es novedosa. (...) se ha intentado visibilizar: 1) El deterioro de las instalaciones edilicias. 2) Recursos humanos y materiales insuficientes y precarizados. 3) La vulneración de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. 4) Un presupuesto e inversión en salud mental muy por debajo de lo que los estándares internacionales establecen y que tiende a decrecer.”* (Bonafé, y otros, 2013)

La creación de un nuevo marco normativo es clave si lo entendemos como herramienta de transformación. Sin embargo, es necesario que tanto los agentes estatales, las instituciones competentes, las organizaciones de la sociedad civil y la sociedad en general puedan generar prácticas que materialicen los escritos formales y, de esta manera, generen rupturas con las lógicas tradicionales de intervención garantizando de esta forma su efectiva implementación.

Algunos conceptos claves que atraviesan el proceso de intervención en el HNP

La necesidad de un pensamiento complejo y el papel que juega la incertidumbre dentro de esta complejidad, nos obliga a sumergirnos en una red de conceptos que permitan comprender y abordar de manera integral el proceso de intervención en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial. Es de público conocimiento que existen en el ámbito

académico infinidad de conceptos y fundamentaciones teóricas acerca de las temáticas que uno quiera abordar, y el campo de la Salud Mental no es la excepción. En este marco, se intentará dar cuenta de los aspectos centrales que nos permitan realizar un análisis crítico y reflexivo en pos de evitar una lectura simplista y reduccionista. “*El pensamiento complejo contextualiza, globaliza y relaciona lo que está separado*” (Morin, 1998, pág. 17). En este sentido, se intentará establecer la relación existente entre el campo de la Salud Mental y el campo del Trabajo, espacios de luchas entre diversos intereses que, como consecuencia, generan barreras que se constituyen en obstáculos para la reproducción de la vida cotidiana de los sujetos que han transitado por procesos de internación y externación en el HPN.

Salud Mental

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define a la salud mental como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (OMS, 2017)

Sin embargo, entendemos que esta definición está asentada en un paradigma positivista dado que si bien remarca que no es meramente la ausencia de enfermedad, la define como un estado de completo bienestar al cual entendemos como algo inalcanzable dado que ninguna persona alcanza de manera estática dicho estado. Entender a la salud de esta forma nos imposibilita percibirla como un proceso de salud-enfermedad-atención y comprende al sujeto como un todo que debe lograr el estado de estabilidad y armonía de una manera constante sin dar lugar a los procesos dinámicos estructurales y/o coyunturales por los que atraviesan en su cotidianidad. En este marco resulta interesante destacar los aportes de Ferrandi (2010) en el modelo de la salud como completo bienestar, quien destaca que bajo esta concepción “*se soslaya lo político, como si la capacidad de elegir tuviera una distribución homogénea entre los individuos que conforman una sociedad y no estuviera determinada por su inserción en el aparato productivo, las representaciones sociales y las estrategias de grupo social al que pertenecen*” (Ferrandi, 2010, pág. 65)

Por otro lado, la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 se refiere a 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”* (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010)

Acordamos con esta última definición de salud mental dado que sustituye la noción de enfermedad mental por la de padecimiento subjetivo, entendido como todo tipo de sufrimiento psíquico buscando así una ruptura con la hegemonía del discurso cientificista biologista propio del modelo médico dominante para posibilitar el abordaje interdisciplinario de las problemáticas de salud mental. Al mismo tiempo la salud mental es comprendida como un proceso que incluye a toda persona, que se encuentra atravesado por múltiples factores que se interrelacionan entre sí. A su vez, la ley de Salud Mental, entiende a los sujetos como los protagonistas de las transformaciones deseadas por ellos, en tanto y en cuanto son considerados desde una perspectiva de sujeto activo que puede exigir el cumplimiento de sus derechos vulnerados. En este marco, retomamos los aportes de Ferrandi (2010) quien entiende a la salud como *“la capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas (...) cualquier instancia de intervención, es una acción en que se definen, interpelan o ratifican relaciones de poder, se acumulan o desacumulan potencias, y la sucesión de hechos produce acumulaciones capaces en algún momento de la historia de cuestionar, cambiar o legitimar reglas de juego”* (Ferrandi, 2010). En este sentido, la ley 26.657, apela a la necesidad de generar cambios en las maneras de comprender y actuar en el campo de la salud mental, con los sujetos como protagonistas del cambio y sus poderes de demandar al Estado sus derechos vulnerados exigiendo el cumplimiento de los mismos.

Trabajo, Inclusión Laboral y Mundo Socio-laboral

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en Cynthia Peressotti define al trabajo como *“el medio de sustento y satisfacción de necesidad básicas pero es también una*

actividad por la que los individuos afirman su identidad para sí mismos y para aquellos que los rodean.” (Peressotti, 2017, pág. 29)

Se entiende a la inclusión laboral como *“el trabajo es cauce para la emancipación personal y se convierte en la principal vía de integración social, adjudicándole funciones de desarrollo personal y social”* (Peressotti, 2017, pág. 89). En este sentido, el acceso a un empleo digno se constituye como condición inherente para lograr la plena inclusión y participación activa de las personas con padecimiento subjetivo. Retomamos los aportes de Skliar (2010) quien tras un análisis del concepto de inclusión nos propone pensar en la misma no meramente desde marcos normativos y jurídicos, sino también desde la razón ética a través de la cual el autor se pregunta si *“(…) la idea de inclusión no tendrá más que ver con una acogida, una bienvenida, un cierto modo de decir: “ésta es tu casa”, dar hospitalidad al otro, recibirlo.”* (Skliar, 2010)

Desde nuestra perspectiva, consideramos que además de lo que define la OIT, el trabajo se constituye en una actividad que aporta a la creación y modificación de subjetividades así como también, influye en el grado de autonomía que las personas insertas en dicha actividad van adquiriendo en los diferentes ámbitos y momentos de su vida. Por autonomía entendemos a la búsqueda que orienta la forma en que proponemos posicionarnos como ciudadanos, siguiendo los aportes de Castoradi en Peralta (2012), *“entendemos la búsqueda de la autonomía en términos del individuo como el proceso de instauración de una subjetividad reflexiva y deliberante que nos permita actuar y no ser actuados”*. (Peralta, 2012, pág. 13)

En el marco de nuestra intervención pre-profesional consideramos que hablar de la categoría "trabajo" deja por fuera diversos aspectos que se constituyen esenciales a la hora de la construcción de dispositivos alternativos de reinserción sociolaboral. Por esta razón, entendemos que aludir al término “mundo sociolaboral” nos permite una mayor apertura para enmarcar y comprender el propósito y los intereses que dan origen y continuidad al

espacio de la “Bolsa de Trabajo”¹ del HNP, así como las actividades que tienen lugar dentro de éste. Sostenemos que lo “laboral” no puede ser abordado ignorando aquellas dimensiones que tienen que ver con las representaciones individuales y colectivas respecto al trabajo, las relaciones y vínculos que los sujetos tienen en su vida cotidiana dentro de la o las instituciones por las que transitan, sus experiencias pasadas y presentes, sus emociones y deseos, sus dificultades y capacidades. Durante el proceso de intervención pre-profesional se fueron analizando categorías como la edad de los participantes, sus lugares de procedencia y género.

Hablar entonces de “mundo sociolaboral” implica retomar no sólo el concepto de trabajo e inclusión laboral definidos anteriormente, sino que supone añadir otras dimensiones que refieren a las condiciones previas que existen y atraviesan a los sujetos al momento de repensar su inclusión en el mundo sociolaboral. En la Bolsa de Trabajo además de abordar las proyecciones laborales de cada integrante, se buscó recuperar colectiva e individualmente las experiencias previas para aprender de ellas. Al mismo tiempo, resultó imprescindible realizar una lectura analítica del contexto político, económico y sociocultural que permitiera reconocer las oportunidades y amenazas que el mismo presenta, en tanto éstas se constituyen en aspectos relevantes a tener en cuenta al momento de co-construir estrategias individuales y colectivas que aporten al proceso de inclusión sociolaboral.

Marco normativo: el Estado. Entre lo permitido, y lo prohibido. Entre lo habilitante y lo limitante.

Como expresamos anteriormente, el campo de la Salud Mental tiene una trayectoria histórica marcada por diferentes posturas ideológicas y paradigmas según el contexto. Se trata, por lo general, de concepciones que a lo largo de la historia postulaban la no intervención del sector público, en materia de Salud. En este marco, desde el Estado no se trataban leyes que garantizaran el accionar de diferentes actores e instituciones en el campo de la salud mental.

¹ Denominación que los propios usuarios le dieron al espacio de intervención pre-profesional que se constituyó como un sistema de apoyo para la reinserción sociolaboral.

Actualmente podemos sostener que estamos en presencia de un marco normativo que regula el campo de la Salud Mental y que, por lo tanto, se constituye en una herramienta a la que todos los ciudadanos tienen acceso para hacer exigibles el cumplimiento de sus derechos. Es por ello, que retomar los antecedentes que tuvieron influencia en el surgimiento del marco normativo vigente nos resulta interesante en pos de lograr una comprensión global de dicho proceso y del lugar que el Estado fue ocupando a lo largo de la historia.

A partir de la lectura de *Mirar Tras los Muros* (Bonafé, y otros, 2013) podemos decir que fue en el año 1990 cuando tuvo lugar, en Caracas, la celebración de la “Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los sistemas locales de Salud”. A partir de este evento, resulta el documento conocido como Declaración de Caracas cuyos principios son tomados en cuenta para la elaboración de las leyes de Salud Mental.

Para comprender por qué mencionamos los antecedentes que siguen a continuación, cabe recordar que todos los Estados que forman parte de las organizaciones internacionales como por ejemplo la Organización de las Naciones Unidas (ONU) o la Organización de los Estados Americanos (OEA) tienen la obligación de hacer cumplir y no omitir en su país, las decisiones, declaraciones y principios que se acuerden allí. De lo contrario, cada Estado responsable recibirá la sanción correspondiente por no cumplir con los acuerdos pactados.

En el año 1991, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) promulgó los “Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental”. En 1994 nuestro país se suma a la corriente de transnacionalización de los Derechos Humanos, es decir, asume los compromisos internacionales en materia de Derechos Humanos.

En 2006, Argentina adoptó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la mano de la ONU. En dicha Convención se entiende que *“la discapacidad no está en la persona sino en la relación entre la persona y en su interacción*

con el medio social que facilita o dificulta su integración y el derecho básico a su autonomía personal (...)". (Bonafé, y otros, Mirar tras los muros, 2013, pág. 125). Esta Convención también fue tomada en cuenta como antecedente en la elaboración de la Ley Nacional de Salud Mental.

Ante los pocos avances en la erradicación de violaciones a los derechos humanos de las personas que transitaban por instituciones manicomiales, en el año 2007 se presentó en nuestro país la investigación Vidas Arrasadas elaborada por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Es en este marco que dicho informe, junto a otras iniciativas nacionales e internacionales, finalmente logra instalar el debate sobre la Salud Mental en la agenda pública. En el mismo año, se conforma en nuestra provincia la Mesa de Trabajo Permanente en Salud Mental y Derechos Humanos –en adelante “la Mesa”- *“conformada por diversas y numerosas organizaciones e instituciones que se propusieron formular y hacer viable una norma local”* (Bonafé, y otros, 2013, pág. 171). El origen de la constitución de la Mesa se relaciona con la falta de un marco legal y en consecuencia con el poco avance en relación a la ampliación de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental en el país y en la provincia de Córdoba.

Como es sabido, no todos los temas de interés de la sociedad llegan a la agenda gubernamental². En términos de Isaía *“No todos los problemas logran llamar la atención gubernamental y despertar su iniciativa. No todas las cuestiones se vuelven públicas y no todas las cuestiones públicas se vuelven cuestiones que deben ser objeto de la acción gubernamental”* (Isaia, 2014)

Según Cobb y Elder en Chiara y de Virgilio (2009), los problemas que forman parte de la agenda gubernamental, son conflictos que conciernen y preocupan a los ciudadanos de una determinada sociedad. A su vez, estos asuntos deben cumplir tres requisitos para formar parte de dicha agenda:

² En su escrito la autora realiza una diferenciación entre agenda gubernamental y agenda pública en tanto que esta última se compone por todas aquellas problemáticas que la sociedad en su conjunto entiende como merecedora de atención por parte de la autoridad gubernamental.

“Ser objeto de amplia atención y conocimiento del público; que buena parte del público considere que se requiere algún tipo de acción y que a los ojos de la comunidad, la acción sea de competencia de una organización gubernamental” (Chiara & Di Virgilio, 2009, pág. 70)

Puede observarse cómo la temática que nos concierne fue atravesando procesos paulatinos de atención de organismos y organizaciones internacionales y nacionales al tiempo que fue tomando mayor visibilidad pública en tanto los diferentes actores interesados en Salud Mental tomaron diversas iniciativas en pos de lograr su problematización pública, además de organizarse al respecto.

Finalmente, el 20 de octubre de 2010, se aprueba la ley provincial de Salud Mental N° 9.848, aunque los integrantes de la Mesa sostienen que hay diferencias con el proyecto presentado originalmente. El 25 de noviembre del mismo año, se aprobó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la cual en su artículo N°3 y en consonancia con el art. 31, inciso a) del Código Civil y Comercial Nacional, resaltan la importancia de partir de la presunción de capacidad de todas las personas, explicando mediante su artículo N° 5 que *“la existencia de diagnósticos en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que solo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado”* (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, pág. 13)

En tanto nuestro proceso de intervención se centró en la temática de salud mental y en la compleja relación de dicho campo con la dimensión del trabajo, no podemos dejar por fuera la Ley de Discapacidad, la Ley de Empleo y el nuevo Código Civil y Comercial Nacional. Sostenemos que todo marco normativo, funciona como herramienta habilitante y limitante de las acciones posibles que los agentes estatales, las instituciones pertinentes, las organizaciones de la sociedad civil y la sociedad en general pueden llevar adelante. Es la institución pública estatal, la encargada de materializar las incumbencias de cada ley a partir de la implementación de múltiples políticas públicas que permitan la real concreción de los derechos de todos los ciudadanos. En este marco, las leyes de Salud Mental Nacional

y Provincial, la ley de Discapacidad y la de Empleo se constituyen en las herramientas principales para reflexionar acerca de las políticas públicas existentes relacionadas con el acceso al trabajo y por tanto, los marcos para pensar los obstáculos como desafíos de futuras intervenciones transformadoras.

De acuerdo al Art. 11 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, *“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 (...).”*

Relacionado con lo anterior, resulta imprescindible retomar el art. 43 del CCCN que establece un sistema de apoyo entendido *como “cualquier medida judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general. Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos”*.

En este sentido, el sistema de apoyo funciona como herramienta, en tanto y en cuanto, tenga como principal objetivo promover la autonomía de la persona de modo tal que ésta pueda tomar libremente sus decisiones. Además, las medidas de apoyo, apuntan a *“facilitar la comunicación, comprensión y la manifestación de su voluntad para el efectivo ejercicio de sus derechos”*

Por otro lado, la Ley N° 22.431 “Sistema de Protección Integral de la Discapacidad”, en el Capítulo II: Trabajo y Educación en su Artículo 8 enuncia: *“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.”* (Ley N° 22.431, 2003)

Al mismo tiempo dentro de la Ley Nacional de Empleo N° 24.013 en su Artículo 2 se enuncia: “*Son objetivos de esta ley: inc d) Fomentar las oportunidades de empleo para los grupos que enfrentan mayores dificultades de inserción laboral.*” (Ley Nacional de Empleo N° 24.013 , 1991) Art. 81 “*El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social establecerá periódicamente programas destinados a fomentar el empleo de los trabajadores que presenten mayores dificultades de inserción laboral. Estos programas deberán atender a las características de los trabajadores a quienes van dirigidos y tendrán una duración determinada. Sin perjuicio de los enumerados en este capítulo, podrán incorporarse otros programas destinados a otros sectores de trabajadores que así lo justifiquen.*” (Ley Nacional de Empleo N° 24.013 , 1991)

Estos marcos normativos son herramientas habilitantes para hacer exigibles y visibles las luchas por los derechos vulnerados, en este caso el derecho al trabajo. Sin embargo no podemos quedarnos solo con los marcos formales, sino que es imprescindible hacer partícipes de estas luchas a los protagonistas que atraviesan estas complejas problemáticas. Consideramos relevante retomar estos marcos normativos vigentes para intervenir principalmente partiendo del principio de capacidad que proponen dado que se alejan de las miradas que entienden al sujeto como incapaz de actuar por sí mismo a partir de un diagnóstico clínico. Lejos de eso, y en consonancia con lo que queremos destacar retomamos los aportes de Arias “*si el otro es –además de víctima- otro hay que poder escuchar, mirar, reconocer, traducir y –fundamentalmente- pensar, además de denunciar.*” (Arias, 2016)

CAPÍTULO II

Situando al Hospital Neuropsiquiátrico
Provincial.



*“Y cómo explicarte
Desde el encierro
Cuánto miedo da salir
A ese mar de dudas.”
(2004), Gustavo Cerati.*

El Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba es una institución monovalente que depende de la dirección de jurisdicción de Salud mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. El HNP se encuentra ubicado en Barrio Juniors, en la calle León Morra 160; en dicha manzana se encuentran otras instituciones de salud mental: el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción, el Centro de Rehabilitación Socio-laboral y la Casa del Joven.

A diferencia de otras instituciones de Salud Mental de la provincia de Córdoba, el HNP se caracteriza por promover múltiples actividades de tipo culturales-recreativas además de los servicios de enfermedad-salud-atención. Así mismo, todas las actividades que se llevan adelante en la institución deben ser comunicadas, por los canales correspondientes, a su dirección.

El HNP atiende demandas de ciudadanos entre los dieciocho y sesenta y cinco años; cuenta con servicios de consulta ambulatoria, internación y rehabilitación. El servicio de consulta ambulatoria se realiza mediante consultorios externos destinados a la atención de personas que han sido dadas de alta o cuya situación no amerita una internación pero sí un seguimiento. El servicio de internación cuenta con cincuenta camas, las personas son ingresadas al área a través de un protocolo institucional que aplica desde su primer acercamiento a la guardia, los sujetos ingresados pueden acercarse por voluntad propia, por derivación de otras instituciones (por ej.: policial) o por acompañamiento de familiares. El servicio de rehabilitación, funciona como articulador entre el proceso de internación y externación y está compuesto por actividades terapéuticas y acompañamiento de los equipos interdisciplinarios del hospital.

Para su funcionamiento, el hospital cuenta con equipos de psiquiatras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, administrativos, encargados de mantenimiento, chofer, equipo de estadística y los sujetos que son atendidos por esta institución de salud mental: internados y ambulatorios. Por el espacio también transitan estudiantes/voluntarios de diversas disciplinas, tales como, psicología, comunicación social, arquitectura, acompañantes terapéuticos y trabajo social. A su vez, dentro de la institución se dictan posgrados y el mismo, funciona como sede residencias en Salud Mental. Los cinco equipos

interdisciplinarios con que cuenta la institución, se dividen en los días hábiles de la semana para su intervención con los sujetos asignados a cada uno de ellos. Estos equipos, están compuestos por cuatro médicos, un psicólogo, un enfermero y un trabajador social que, en conjunto, prestan sus servicios en la guardia, en el internado y en el espacio de rehabilitación. La ley nacional de Salud Mental en su art.13 entiende al abordaje interdisciplinar como: *“Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.”* (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010)

Interesa resaltar aquí, cuán importante resulta la puesta en marcha de una intervención interdisciplinar, dado que esta permite que las situaciones que se abordan, se comprendan a partir de una mirada compleja resultante de la conjunción de los distintos saberes profesionales. *“La interdisciplinariedad nos permite ver de nuevo modo la realidad, en tanto nos abre a nuevos lenguajes que no conocíamos, que tienen formas diversas de nombrar las cosas, incluso algunas que no habíamos considerado.”* (Bru, 2012, pág. 11). Es importante advertir que esta manera de intervenir sobre la realidad, no se reduce a la suma del conjunto de conocimientos, por el contrario, se espera que éstos logren potencializarse unos a otros, dando lugar a una mirada y respuesta integral y compleja a las situaciones que se presenten. A pesar de que los servicios antes mencionados cuentan con dichos equipos, las intervenciones del consultorio externo no se desarrollan de la misma manera, sino que los sujetos se atienden en los diversos servicios según las necesidades particulares. Estas dificultades de avanzar en lo interdisciplinar en todos los servicios de atención del hospital se relaciona con generaciones de profesionales formados para un abordaje unidimensional, siendo el caso de la psiquiatría la disciplina hegemónica al momento de intervención sobre este campo. Ello se puede visualizar en la existencia de treinta y cinco psiquiatras, nueve psicólogos y diez trabajadores sociales.

Un Neuro, muchos Neuros

Un análisis institucional implica necesariamente reconocer que en las instituciones “todo habla”. Esta afirmación obliga a rechazar aquellas creencias que entienden que lo que ocurre dentro de ellas se reproduce durante toda su existencia y de la misma manera, con las mismas dinámicas. Por el contrario, con el pasar del tiempo, muchas veces las dinámicas y actividades institucionales van transformándose, en favor de los intereses de los actores que por ellas transitan, por lo que en múltiples oportunidades aquello que se consideraba establecido e inamovible puede cambiar. Kaminsky (1994) es uno de los autores que nos invita a reconocer ese juego que se presenta en las instituciones entre lo que él llama lo “instituido” y lo “instituyente”

Según el autor mencionado, un análisis institucional requiere prestar atención a lo dicho y a lo no dicho; entiende que lo “hablado” es todo aquello que podemos conocer o presuponer de una institución. En otros términos, diríamos que lo *instituido* da cuenta de una estructura ya dada. En este marco, con el paso del tiempo, las prácticas e intervenciones que realizan los diferentes actores que transitan por la institución, se vuelven costumbres y hábitos, de manera tal que ninguno de los actores que por allí transitan desconoce los procedimientos, reglas, normas, acciones que caracterizan la dinámica de la institución.

Sin embargo, en la cotidianeidad de las instituciones existen momentos o espacios “bisagras” que posibilitan a los actores desplegar nuevas acciones en pos de transformar la realidad de la institución si así lo consideran. Estas prácticas que se constituyen como novedosas, tienen que ver con lo que el autor denomina *instituyente*. Lo “hablante”. A través de ello Kaminsky, nos alerta de otras prácticas que pueden tener lugar en la institución. Éstas, aparecen como la ruptura de lo habitual, en oposición a lo que se consideraba como establecido, así lo instituyente “se va haciendo, se va conformando” en la dinámica del juego de lo instituido y lo instituyente, lejos de establecerse de un momento a otro.

A partir de diferentes acercamientos y conversaciones con diversos actores de la institución, podemos afirmar que la dinámica que ha caracterizado al HNP durante varios años –aquella configurada únicamente desde una mirada médico-hegemónica de la

enfermedad- se vio atravesada por numerosos debates, reflexiones y manifestaciones públicas, que buscaron su transformación. En este marco, las re-configuraciones teóricas-políticas-metodológicas y socioculturales que se fueron constituyendo en instituyentes hacia el interior del HNP respecto a las dinámicas ya establecidas, implicaron tiempo. Tiempo que no sólo significó el paso de los días y el tránsito de actores; también posibilitó la emergencia de un nuevo modo de mirar y analizar la realidad, el paradigma de los derechos humanos. A su vez, este paradigma se instituyó en los cimientos de las nuevas leyes de Salud Mental Nacional y Provincial que, a partir de 2010, se constituirían en los marcos normativos desmanicomializadores a partir de los cuales intervenir en el campo de la Salud Mental

En este sentido, lo instituyente, no tuvo lugar de un momento a otro, no fue una cuestión de etapas lineales, sino un proceso atravesado por ideas novedosas, miradas contra-hegemónicas, nuevos actores en el escenario institucional, experiencias similares en otras instituciones –a nivel nacional e internacional-, normativas y principios internacionales, nuevas metodologías de trabajo e intervención.

Particularmente en el HNP una de estas novedosas intervenciones tuvo lugar con el surgimiento de Abracadabra, asociación civil sin fines de lucro que desde el año 2006 pretende brindar un espacio de salud abierto a toda la comunidad para lograr una mejor calidad de vida de las personas. Acorde a tal objetivo, la asociación se encarga de gestionar proyectos relacionados a la cultura, el arte y la salud mental; motivo por el cual comenzó a trabajar a la par del Área de Rehabilitación del HNP, dando mayor impulso a sus actividades. Al mismo tiempo y recuperando los aportes de algunos profesionales de esta institución podemos decir que en el HNP tuvieron lugar múltiples discusiones con actores representantes del campo que disentían –incluso hasta la actualidad- en el modo de comprender y abordar la Salud Mental. Entonces puede observarse que coexisten prácticas que buscan la perpetuidad de lo instituido en el HNP, sin embargo son estas tensiones entre lo instituido y lo instituyente las que posibilitan la generación de nuevas prácticas que se constituyen en algunos factores que dan lugar, en términos de Kaminsky, a “lo hablante”.

Para comprender cómo este proceso se fue dando al interior del HNP, podemos señalar algunas modificaciones que se han dado y que estuvieron más relacionadas con los

procesos de salud-enfermedad-atención ligados a lo que podríamos denominar, el servicio médico tradicional y su forma de intervenir. Una de las prácticas implementadas tiene que ver con la posibilidad que tienen los sujetos de acceder cuando así lo consideren, a la información sobre su historia clínica, este dato fue relevado a partir de una observación realizada en un recorrido dentro del HNP. De esta manera, no tienen que depender de la presencia de sus equipos sino que son personas libres que pueden disponer de dicha información cuando lo deseen, constatado en el recorrido por el internado. A su vez, tienen la posibilidad y capacidad de decidir de manera autónoma cuándo finalizan con el proceso de internación. En este aspecto al decir de varios de las personas entrevistadas, el HNP es un hospital de puertas abiertas. Si bien aún cuenta con la presencia de la institución policial en la puerta del establecimiento, son los mismos usuarios quienes optan por quedarse o retirarse³.

Se conformaron además equipos interdisciplinarios para intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención. En este sentido, se entiende que las decisiones y acciones desarrolladas en las intervenciones no son implementadas desde una única perspectiva, es decir la mirada médico hegemónica tradicional, sino que son el producto de la conjunción de los diferentes saberes y posiciones profesionales que hacen al equipo interdisciplinario. *“Tampoco se trata de negar los conflictos, si no de utilizarlos como motor para crecer, sabiendo que la resolución de una problemática va a significar el pasaje a un nivel de trabajo diferente (...) estamos tratando de una de las condiciones inevitables de la interdisciplinariedad: la heterogeneidad”* (Amorín, 1996, pág. 37) En este marco, retomando los aportes de profesionales entrevistados, el trabajo interdisciplinario no siempre se lleva a cabo de manera armoniosa, si no que estas prácticas dependen de las personas que compongan dichos equipos; dado que aún existen algunos profesionales que continúan interviniendo en equipos interdisciplinarios desde sus propias disciplinas generando prácticas unidimensionales. *“La interdisciplinariedad puede significar pura y simplemente que diferentes disciplinas se sientan en una misma mesa, en una misma*

³ Cabría realizarse la paradójica pregunta de hasta qué punto los sujetos deciden plenamente en base al deseo de no permanecer más en la institución. En base a qué factores toman esas decisiones. ¿Tiene que ver con la red de apoyo con la que cuentan – o no- al salir? ¿Tiene que ver quizás con la medicalización social?

asamblea, como las diferentes naciones se reúnen en la ONU sin poder hacer otra cosa que afirmar cada una sus propios derechos nacionales y sus propias soberanías en relación a las usurpaciones del vecino. Pero interdisciplinariedad puede también querer decir intercambio y cooperación, lo que hace que esta puede devenir en alguna cosa orgánica.” Morín en (Bru, 2012, pág. 6).

Posteriormente, se fueron gestando otras transformaciones al interior del hospital más relacionadas con la creación de espacios socio-recreativos y culturales, abiertos a la participación de los usuarios que se encuentren internados, externados y/o en rehabilitación. Estos dispositivos alternativos a las prácticas manicomiales logran su existencia a partir del ingreso al HNP de nuevos actores que toman protagonismo en la implementación de estos espacios. Como expresamos anteriormente, la Asociación Civil *Abracadabra*, por ejemplo, se encuentra a cargo del dictado de los diferentes talleres comunitarios que actualmente se dictan en la institución, *Radio los inestables* que agrupa personas del internado interesadas como bien lo dice su nombre en conformar una radio; *La Rampa*, que se constituye como el espacio de rehabilitación en talleres de oficios para las personas internadas y, *Confluir, usuarios en acción por el derecho a la Salud Mental*, es una organización que aglutina a todos aquellos usuarios internados/ externados y ambulatorios interesados en compartir reuniones semanales en las que se exponen necesidades, miedos, dificultades, ideas, propuestas, proyectos relacionados con la reproducción de su vida cotidiana, dentro y fuera del HNP. Al mismo tiempo, muchos de los profesionales que desempeñan su labor a diario allí, fueron repensando prácticas, leyendo teorías, internalizando el nuevo marco normativo e implementando acciones novedosas y contra-hegemónicas, lo que se traduce en el trato cotidiano con los usuarios.

Lo instituyente en el proceso de intervención pre-profesional

El proceso de intervención pre-profesional tuvo lugar en el marco del proyecto “*Integrados, Incluidos y Diversos*”⁴ de la Secretaría de Extensión de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), presentado por profesionales del HNP y desarrollado en la misma institución con la participación de diversos profesionales, estudiantes, agrupaciones

⁴ Integrados, Incluidos y Diversos. Una iniciativa para territorializar el derecho a la salud mental. Directora: Burijovich, Jacinta. Codirectora: Berra, Cecilia. Ver Anexo

y organizaciones. Dicho proyecto se constituyó en el escrito que posibilitó el encuadre de nuestra intervención, su objetivo general es: “*Contribuir a la visibilización y el reconocimiento de los derechos de las personas usuarias de salud mental y a modificar positivamente sus condiciones de vida y autonomía tanto a nivel material como simbólico.*”

En paralelo, tuvieron lugar los primeros acercamientos a *CONFLUIR: Usuarios en Acción por el Derecho a la Salud Mental* –también participantes del proyecto antes mencionado–. Esta organización surge en el año 2012 con el objetivo de crear un espacio en el cual los usuarios puedan reflexionar y comunicar sus necesidades, deseos, inquietudes que los atraviesen en la reproducción de su vida cotidiana, dentro y fuera del HNP. Esta organización se encarga hace 3 años de llevar adelante el “Encuentro de Usuarios por el Derecho a la Salud Mental” y al mismo tiempo es una de las organizaciones promotoras de la existencia de la marcha por la salud mental. En este marco, esta organización se encarga de articular con otras dentro de la provincia de Córdoba y una de las demandas expresadas en el encuentro de usuarios realizado en el año 2016, se relacionó con la necesidad de crear un espacio que abordara el tema “trabajo”. Dado que dicha demanda tenía directa relación con los objetivos del proyecto y *CONFLUIR* era una de las organizaciones participantes, nuestra inserción en la institución, el acompañamiento a los sujetos y las intervenciones realizadas se enmarcaron entre ambos dispositivos.

Entendemos que tanto *CONFLUIR* como “*Integrados, Incluidos y Diversos*” se establecen en prácticas y espacios nuevos, “hablantes”, al interior del HNP. Son dispositivos alternativos a las prácticas e intervenciones manicomializadoras centradas en intervenciones médicas. Es en este marco que, no sólo el derecho al trabajo comenzó a ser abordado en la institución de manera conjunta con los sujetos, sino que además, con el paso del tiempo, comenzó a ser reconocido por otros profesionales de la institución, quienes realizaban derivaciones de los usuarios a dicho espacio.

Situar el análisis del juego entre lo instituido y lo instituyente sólo en el HNP implicaría tener una mirada particular y parcial de las dinámicas que allí ocurren. En este marco, resulta inherente a un análisis crítico del escenario en el cual nos insertamos, no desconocer a los facilitadores y a las oportunidades que el contexto más amplio brinda.

Principalmente, la implementación de las leyes de Salud Mental Nacional y Provincial se presentan como un marco normativo que, más allá de las limitaciones que puedan presentar, exigen a las instituciones de Salud Mental que comiencen a desplegar prácticas desmanicomializadoras. Esto significa, empezar a concebir a los sujetos como sujetos de derecho, de deseos, con habilidades y capacidades de intervenir, transformar y transformarse; como sujetos trabajadores, que forman parte de la comunidad. A su vez, implica para las instituciones no reducir sus intervenciones y formas de abordar la Salud Mental meramente a la internación, sino que las desafía a generar dispositivos alternativos a las prácticas tradicionales.

Interesa resaltar que la existencia de las leyes no modifica de un momento a otro las intervenciones instituidas a lo largo del tiempo, sino que la posibilidad de que tenga lugar este juego entre lo instituido y lo instituyente, tiene que ver con procesos que llevan tiempo y que implican la concreción de acciones específicas que lo permitan. Consideramos que la creación de la “Bolsa de Trabajo” es un dispositivo que aborda la reinserción sociolaboral de los sujetos que han transitado por instancias de internación y externación del HNP, aún se está constituyendo como un espacio instituyente de la mano de las posibilidades de transición y transformación que el contexto socio-político y cultural está brindando, en tanto y en cuanto, nos encontramos en una coyuntura que pone de manifiesto las tensiones existentes entre el paradigma médico hegemónico tradicional y el paradigma de los derechos humanos.

Relaciones inter-institucionales

En un análisis institucional, además de prestar total atención al juego que se establece entre lo instituido e instituyente en cada entidad en particular, es importante también poder prestar atención a la existencia –o no- de las relaciones que la institución a analizar, mantiene con otras instituciones u organizaciones.

A partir de situar el proceso de intervención pre profesional en la intersección del campo de la salud mental y el campo de la reinserción sociolaboral de los sujetos que han atravesado por procesos de internación y externación en el HNP, es que consideramos necesario retomar el concepto de *redes* para realizar un análisis crítico de las articulaciones existentes

entre el HNP y el Centro de Rehabilitación Socio Laboral –en adelante CRSL-, instituciones que abordan las problemáticas de salud mental y reinserción sociolaboral.

A partir de la lectura de Arguete (2011) podemos entender a las redes como: *“(...) formas de interacción social, definida por un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad. Un sistema abierto y en construcción permanente, que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas y que se organizan para potenciar sus recursos.”* (Arguete, 2011, pág. 1) Además sostiene, *“En ámbitos marcados por la diversidad, la RED como modelo de organización, no busca homogeneizar sino organizar la heterogeneidad, permitiendo la autonomía relativa entre sus niveles.”* (Arguete, 2011, pág. 4)

El HNP y el CRSL son instituciones de Salud Mental pertenecientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, ambas se encuentran próximas geográficamente, lo cual lleva a que en varias ocasiones compartan gran parte de la población que a ellas asisten.

El hospital, se encarga de los procesos de salud-enfermedad-atención de los sujetos que por allí transitan, lo cual generalmente incluye algunas derivaciones a ciertos espacios y/o actividades que se desarrollan allí dentro o, en algunos casos, en otras instituciones, como por ejemplo, el CRSL.

En cuanto al CRSL, su objetivo principal, es la reinserción laboral de los sujetos, desde un abordaje terapéutico⁵, a través de una oferta de talleres de oficios tradicionales tales como: carpintería, herrería, reciclado, repostería, pintura aplicada y jardinería.

A su vez, ambas instituciones están reglamentadas por las Leyes Nacional y Provincial de Salud Mental, por lo cual deberían implementar prácticas desmanicomializadoras, que den lugar al efectivo cumplimiento de sus derechos, entre ellos, el acceso al trabajo. Sin embargo, a partir de la experiencia empírica sostenemos que al momento de este escrito los sujetos transitan cotidianamente de una institución a otra sin lograr el efectivo cumplimiento de este derecho. Al comenzar con el proceso de intervención pre-profesional

⁵ Según estudios realizados por el CELS se entiende por abordaje terapéutico aquellas propuestas que significan el espacio por su valor ocupacional o rehabilitatorio en el sentido clínico y no necesariamente social.

en el espacio de la “Bolsa de Trabajo”, los sujetos comentaron haber transitado por talleres del CRSL, pero que sin embargo, luego de dichos procesos no lograron su reinserción sociolaboral y no contaron tampoco con ningún dispositivo que acompañara esa nueva trayectoria.

El CRSL es la única institución pública existente que aborda los procesos de reinserción sociolaboral. En este sentido, debería ser reconocida por todos los actores involucrados como un dispositivo que funciona para garantizar dicho derecho. Sin embargo, al decir de diferentes actores – incluidos aquellos sujetos que han realizado los cursos que allí se ofrecen- el CRSL no cumple con su fin último. Lo que sucede, es que los sujetos egresan de la institución y continúan sin tener recursos técnicos, materiales, económicos, sociales que posibiliten el comienzo de sus procesos de reinserción sociolaboral. En este sentido, se vuelve un círculo vicioso ya que la falta de articulación con otras instituciones u organizaciones del sector público o privado, y/o la escasa generación de espacios que efectivicen el acceso al trabajo, muchas veces provoca que los sujetos vuelvan a buscar apoyo –social, material, emocional- al HNP.

En este contexto, queda claro cómo las instituciones continúan reproduciendo lógicas manicomiales aun cuando se encuentren en la obligación de responder a los principios y artículos que conforman las normativas de Salud Mental. Históricamente existieron prejuicios en relación a la población que conforma el colectivo de salud mental, relegándoles aquellas tareas y/o actividades de los oficios tradicionales netamente relacionadas con el que hacer del cuerpo tales como carpintería, huerta, cerámica, entre otros; no abriendo posibilidades a otras capacitaciones.

Retomando los aportes de Arguete (2011), la existencia de una red institucional que, en este caso, tenga como objetivo principal la reinserción sociolaboral de los sujetos de esta población, no implicaría que las instituciones competentes pierdan su autonomía ni la identidad que les dio origen. Más precisamente, se espera que logren una efectiva y constante articulación en base a intereses y objetivos comunes que permitan el intercambio de recursos, ideas y demandas relacionadas a los objetivos y la creación e implementación de estrategias comunes que posibiliten alcanzar las transformaciones o innovaciones deseadas en pos de garantizar el efectivo cumplimiento del derecho al trabajo de los

usuarios. De esta manera, se daría lugar también a que el tránsito de los sujetos no se limite sólo a instituciones de salud mental ni a espacios laborales formales e informales, sino también que se extienda por otros espacios de capacitaciones extra hospitalarios. Para la efectiva garantía de este derecho se presenta la necesidad de que estas instituciones articulen con otros sectores de la Provincia y la Nación, con empresas privadas, organizaciones de la sociedad civil, sindicatos, etc.

Entendemos que resulta imprescindible para este propósito retomar como marco normativo las leyes de Salud Mental Nacional y Provincial en tanto y en cuanto éstas posibilitan y legitiman la creación de espacios, formas y dispositivos alternativos a las intervenciones manicomiales, que deben ser participativos y democráticos. Interesa resaltar aquí la importancia de poner en práctica efectivamente dichos artículos y principios que subyacen en las leyes, para evitar seguir reproduciendo lógicas manicomiales en instituciones que se presentan como dispositivos alternativos a las prácticas tradicionales

A su vez, el art 3 de la Ley Nacional define a 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”* (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010)

A partir de esta definición, queda claro que el abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención no puede ser resultado de un análisis meramente biológico, sino que implica prestar atención a una multiplicidad de factores que se conjugan en dichos procesos. Para ello, resulta necesaria la participación de diversas instituciones y actores para la atención de la complejidad que se aborda, dando lugar a una intervención reflexiva, integral, intersectorial e interactoral.

CAPÍTULO III

Usuarios en acción por el derecho a la salud mental.



“Yo creo que fuimos nacidos hijos de los días, porque cada día tiene una historia y nosotros somos las historias que vivimos...”

(2012), Eduardo Galeano.

Tal como lo anticipa el título de este capítulo, su eje se encuentra en el Sujeto de la Intervención. Desde nuestra perspectiva, resulta ineludible hacer explícito nuestro posicionamiento en relación a dicha categoría ya que consideramos imprescindible tener en cuenta que ninguna conceptualización que se haga de “sujeto” es neutral, a-ideológica y desinteresada, por el contrario, está impregnada de un marco teórico basado en algún paradigma de la teoría social, ya sea que éste último tienda a reproducir o poner en cuestión la manera de comprender la “realidad social”. No realizar un análisis de los conceptos desde los cuales uno se posiciona e interviene, significa darlos por sabidos, naturalizarlos, dejarlos fuera de toda problematización y discusión empírica y epistemológica y, de esta manera, reproducir las concepciones hegemónicas que establecen cómo entender la realidad y que al fin y al cabo, impregnan el sentido común de la sociedad.

Lo anterior, trasladado al campo del Trabajo Social, se fundamenta a partir de que el Trabajo Social es una profesión que trata directa y principalmente con personas, con las relaciones y vínculos que se establecen entre ellas y en general –aunque no siempre es así– con las dificultades que obstaculizan la reproducción cotidiana de su vida, en diferentes ámbitos y momentos. La población con que realizamos nuestro proceso de intervención se compone por sujetos que han transitado procesos de internación/externación en el HNP y que se interesaron en participar de espacios que contribuyen a su reinserción sociolaboral.

Al mismo tiempo, interesa resaltar que la nuestra, es una intervención profesional fundada en la teoría pero, como dijimos anteriormente, no sólo tiene que ver con que ésta se encuentre respaldada por fuentes teóricas que nos alejen de intervenciones meramente pragmáticas y empiristas; sino que también es importante poner atención al marco teórico –político– y a los paradigmas desde los cuales se sustenta. En este sentido, nuestro proceso de intervención se encuentra atravesado por el paradigma de los derechos humanos y por el marco normativo vigente.

Para el desarrollo de este capítulo, basaremos nuestra mirada en la recuperación de las teorías que sostienen que el comportamiento humano está fuertemente condicionado por las estructuras objetivas que lo atraviesan pero que sin embargo, los sujetos o agentes sociales,

tienen oportunidades de diferenciar y optar por una u otra opción, en función de su posición y contexto en el cual se encuentren insertos. Bourdieu, en sus escritos utiliza el concepto de Habitus el cual, en términos de Castón citado en (Acevedo, Artazo, & López, 2007) le permite articular lo individual y lo social, las estructuras externas y las estructuras internas. En nuestro proceso de intervención el HNP se ha constituido en una de las principales estructuras externas en la reproducción cotidiana de los sujetos. Su tránsito por el mismo ha aportado a la construcción de sus subjetividades en tanto que se entiende a los procesos de internación como, en el caso de nuestros sujetos cuando comienzan a transitar por procesos de rehabilitación y externación su habitus se encuentra atravesado por condicionamientos adquiridos en los procesos de internación.

Desde el Trabajo Social entendemos que es necesario considerar a los sujetos en su contexto histórico, económico, político, social y cultural. Esto implica reconocer cómo influyen en estos sujetos las instituciones que los atraviesan en la construcción de sus subjetividades, las representaciones que existen sobre ellos y las que ellos tienen sobre sí y su entorno.

Paradigmas y tensiones en el campo de la salud mental

Las diversas teorías que existen acerca de la “realidad social” están sustentadas en paradigmas que, en un tiempo determinado, se establecen como modelos que permiten comprender cómo se entiende a dicha realidad social. El campo de la Salud y el de la Salud Mental estuvieron y están atravesados por distintos paradigmas, por lo tanto, conviven diferentes maneras de comprender y actuar en el campo de la salud y de entender a los sujetos con los que se interviene.

Interesa resaltar que, históricamente y dependiendo desde dónde uno se posicione, existieron diversas formas de nominar a los sujetos, algunas de estas son: “locos”, “dementes”, “pacientes”, “usuarios”, “discapacitados”, tal como lo explicitamos en el capítulo uno.

Según Menéndez (1988), durante mucho tiempo, y hasta el momento de este escrito, el campo de la salud estuvo atravesado por el paradigma médico hegemónico, entendido como el conjunto de teorías, prácticas y saberes generados por la medicina científica cuyo origen se establece en el siglo XVIII.

Desde dicho paradigma se utilizó el término “paciente” que reconoce en el sujeto una actitud pasiva que permite al profesional volcar sobre él los saberes e indicaciones que éste le proporciona. En este sentido, la relación que se establece entre ellos es asimétrica, existe una subordinación del “paciente” quien posee un “saber equivocado”. Tal como lo dice su nombre, el sujeto espera las indicaciones del médico encargado del mismo, sin posibilidad de decidir por sí.

Hasta la actualidad, esta forma de ver el mundo, a los sujetos y a la enfermedad continua permeando diversos espacios. Posicionarse desde este paradigma a la hora de una intervención acabaría gestando estrategias y políticas públicas de corte asistencialistas, unidireccionales y alienadoras, objetivando al sujeto, desposeyéndolo de sus capacidades de discernir entre las opciones que se encuentran a su alrededor según las condiciones externas del momento y alejándolo de sus habilidades de actuar y participar activamente.

En cuanto al paradigma de los derechos humanos⁶ podemos decir que en Argentina, sus inicios se remontan a los primeros años del gobierno de Néstor Kirchner -2003-. Los derechos humanos cobran énfasis como política de estado. *“El enfoque basado en derechos*

⁶ Art. 75. Inciso 22: *“Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede. Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos. Sólo podrán ser denunciados, en su caso, por el Poder Ejecutivo nacional, previa aprobación de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara. Los demás tratados y convenciones sobre derechos humanos, luego de ser aprobados por el Congreso, requerirán del voto de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara para gozar de la jerarquía constitucional”* (Constitución Nacional Argentina, 1995)

considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos que obligan al Estado (...) Procura cambiar la lógica de los procesos de elaboración de políticas, para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas.” (Abramovich, 2006). El Estado entonces se constituye en el principal garante de los derechos, y vela por mayores niveles de equidad y de inclusión social, a partir de incorporar a nuevos actores y temáticas a la agenda pública, alejándose de aquellas políticas con enfoque compensatorio.

Se entiende al enfoque de Derechos como el “... *amplio conjunto de principios, reglas y estándares que integran los derechos humanos fundamentales, y que son pasibles de ser aplicados para fijar pautas y criterios para el diseño e implementación de estrategias de desarrollo sustentable, y con mayor interés aún, en materia de políticas sociales*” (Chacarelli & Isaia, 2016). Dicho paradigma presenta además algunos principios que permiten comprender la complejidad del enfoque: universalidad, irrenunciabilidad, imprescriptibilidad, intransferibilidad, progresividad e interdependencia e indivisibilidad.⁷ Otros escritos más profundos sobre el tema, destacan tres principios más que tienen que ver con: la exigibilidad, la participación social y la integralidad.⁸

Las leyes de Salud Mental Nacional y Provincial, sientan sus bases en el paradigma de los derechos humanos. Esta nueva institucionalidad, que busca la inclusión social, provoca necesariamente modificaciones en el qué y cómo se interviene y se conceptualiza a los sujetos.

En este marco, la Ley Nacional en el Cap II, art. 3 entiende a 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

⁷ **Universalidad:** los derechos se reconocen a todos los seres humanos, sin exclusión. Irrenunciabilidad: implica que nadie puede renunciar al ejercicio de sus derechos. Imprescriptibilidad: los derechos humanos no pueden ser limitados a un tiempo y espacio definido, ya que no tiene un plazo temporal de vigencia. Intransferibilidad: los derechos no pueden ser pasados a otro sujeto. Progresividad: los derechos se encuentran en constante evolución. Interdependencia e indivisibilidad: no hay derechos más importantes que otros.

⁸ **Exigibilidad:** los derechos humanos obligan a las personas y al Estado a respetarlos y concretarlos. Participación social: también como un derecho en sí mismo. Integralidad: interdependencia de los derechos.

social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas (...)"'. (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, pág. 12) De este modo, no se parte de la incapacidad analogada al loco, demente, alienado, sino que se observa un corrimiento de la noción de padecimiento psíquico como algo determinante y definitivo, aspirando a evitar la estigmatización y discriminación. Se revierte así la noción de enfermedad mental como estática e inmodificable.

zsa

En consonancia con lo anterior, ya no se habla de “paciente” sino de “usuario” lo cual implica pensar en un sujeto activo que hace uso del sistema de salud y construye junto con el especialista su camino de recuperación-atención. En este sentido, al decir de las entrevistadas –trabajadoras del hospital- dicha categoría tiene una connotación de avance y transformación en relación al término “paciente”. Ya no se trata de una relación asimétrica, sino de una ida y vuelta, en donde el profesional interviene desde sus conocimientos pero el usuario decide desde su posición.

Al decir de algunas trabajadoras del HPN, muchos de los profesionales que allí se desempeñan en diferentes áreas y los propios sujetos de la intervención utilizan el concepto de “usuarios de salud mental”. Tanto la ley Nacional como la Ley Provincial de Salud Mental aluden a los sujetos en términos de “Usuario” lo cual implica tensiones y rupturas conceptuales, metodológicas, sociales, culturales y políticas.

El concepto de “Hegemonía” para entender las tensiones existentes

Resulta interesante retomar aquí el concepto de “hegemonía” que elabora Gramsci citado en (Alvarez Gómez, 2016) para comprender por qué sostenemos que es posible hablar de la existencia de una tensión entre el paradigma médico hegemónico y el paradigma de los derechos humanos. Si bien el filósofo elabora este concepto como parte de los elementos de su teoría para comprender la realidad social en su complejidad, sobre todo en materia político-estatal, si uno logra una reflexión crítica de sus conceptos, éstos pueden ser

utilizados para comprender la dinámica de las problemáticas sociales que al momento de este escrito nos atraviesan.

A partir de la lectura de Martínez y Prieto, “(...) *la hegemonía cristaliza: (i) en la intervención del poder (en cualquiera de sus formas) sobre la vida cotidiana de los sujetos y (ii) en la colonización de todas y cada una de sus esferas, que ahora son relaciones de dominación. Estaba claro, para Gramsci la clase dirigente refuerza su poder material con formas muy diversas de dominación cultural e institucional, mucho más efectivas -que la coerción o el recurso a medidas expeditivas-, en la tarea de definir y programar el cambio social exigido por los grupos sociales hegemónicos. De modo que si se quiere cimentar una hegemonía alternativa a la dominante es preciso propiciar una guerra de posiciones cuyo objetivo es subvertir los valores establecidos y encaminar a la gente hacia un nuevo modelo social (...)*” (Martínez & Prieto, S/D).

En este marco, entendemos que el concepto de “hegemonía” no niega la existencia de formas alternativas a lo que, en dicho momento y espacio, se considera hegemónico. De esta manera, aquello que se piensa como alternativo y de algún modo se enfrenta a lo dominante, da paso al cuestionamiento y en el mejor de los casos, a la transformación de lo anterior. Es decir, no implica que lo hegemónico sea el único modo existente de entender la realidad, sino que en dicho momento se configura como el mejor modelo de explicación; aunque, los paradigmas alternativos sigan existiendo.

En este sentido, podemos decir que el paradigma de los derechos humanos se viene constituyendo hace tiempo en el modelo alternativo al paradigma médico tradicional y, actualmente, encuentra su materialización en el HNP, a través de la implementación de diversos dispositivos alternativos a las prácticas manicomiales tradicionales.

Al decir de las entrevistadas, aún hay profesionales que construyen una relación de médico-paciente con los sujetos, además las guardias de la institución actualmente no están conformadas por equipos interdisciplinarios. Sin embargo, existen otros hechos que demuestran que el paradigma de los derechos humanos está presente en el HNP. Varios

profesionales, consideran a los sujetos como Usuarios de los servicios de Salud Mental y construyen vínculos desde esa noción. A su vez, muchos de los sujetos se autoperciben a sí mismos o a sus compañeros con la misma expresión. Existen en el hospital diversos espacios que brindan talleres culturales y recreativos a sujetos que están atravesando o lo han hecho con anterioridad, procesos de internación: Abracadabra, Radio Los Inestables, La Rampa, Confluir. Éste último, aglutina a los Usuarios en Acción por el Derecho a la Salud Mental y se constituye en un espacio de encuentro y diálogo en donde se discuten diversos temas de interés colectivo en busca de soluciones o alternativas. Allí también se configuran los primeros lineamientos de organización de eventos como la Marcha por el Derecho a la Salud Mental y el Encuentro de Usuarios. A su vez, el HNP es una institución de puertas abiertas e información al alcance de todos por lo que, por un lado, los sujetos pueden decidir hasta cuándo permanecer internados más allá de las prescripciones médicas; y por otro, la información sobre sus diagnósticos está al alcance de quien desee verla.

Es a partir del concepto de hegemonía que podemos analizar las constantes tensiones que actualmente atraviesan al campo de la Salud Mental en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial. Pero lo más importante que nos permite pensar esta noción, es la posibilidad de transformación desde aquello que es considerado como lo “alternativo” a lo “hegemónico”. Esto último no anula la existencia de otras maneras de ver, pensar y actuar, por lo tanto, quedan posibilidades para el cambio y existen espacios bisagra que permiten entender que, además de la visión que intentan imponer algunos, existen otras posibilidades que, actualmente, están en auge.

Como enunciamos al principio del capítulo, según desde dónde observemos y analicemos los hechos y desde qué paradigma nos posicionemos, será la manera en que veremos la sociedad y, al mismo tiempo estos paradigmas tendrán implicancias sobre nuestras intervenciones. La intervención será no sólo respecto a la configuración de estrategias sino también sobre la manera en que conceptualizamos a los sujetos. Tal como lo explicitamos, el paradigma de los derechos humanos permite entender que son sujetos con potencialidades, con capacidad de transformar, de transformarse, de elaborar y producir, de comprometerse y relacionarse, de elegir y decidir. Y al decir de las entrevistadas, en el

HNP se implementan diversas estrategias y acciones que permiten tensionar la hegemonía del paradigma médico tradicional.

Los sujetos de nuestra intervención

Partimos de entender que el sujeto de la intervención está atravesado por un contexto macro, económico, político, cultural y social y, a la vez, por un contexto micro configurado por las instituciones y espacios cotidianos por los que transita. Estas condiciones externas a los sujetos, son las que van configurando en términos de Bourdieu citado en (Acevedo, Artazo, & López, 2007), un Habitus, es decir un sentido práctico a partir del cual actúan y deciden de acuerdo a su posición y a los recursos que tienen disponibles.

A pesar de los múltiples intentos que por vías socioculturales, políticas y legales, pretenden problematizar las concepciones e intervenciones en el campo de la salud mental, resulta interesante poder analizar de qué manera las concepciones históricas de la locura continúan permeando la realidad actual e influyendo sobre las decisiones y prácticas que a nivel social e institucional se desarrollan.

Siguiendo a Michel Foucault (1961) en *La Historia de la Locura en la Época Clásica*, desde fines del siglo XVIII, se ha popularizado la idea de la locura como una enfermedad mental que implica la existencia de un diálogo roto y hace de la separación algo adquirido. Tal separación, involucra la materialización del aislamiento de los considerados ‘locos’ por el resto de la sociedad. Así, estos ‘locos’ son recluidos junto con otras figuras de la sinrazón como el ladrón, el mendigo, etc. En nombre del orden social establecido, se excluye a la locura a un sitio de encierro.

Según el autor, la locura nace con la creación del sujeto moderno, cuando se rechaza la sinrazón. Entonces, quienes tienen el poder determinan qué es normal y qué no. Así, la sociedad queda definida de tal manera que ciertas personas caen en la categoría de la locura y son aisladas. En este contexto, surgen las instituciones manicomiales como el principal lugar de encierro; aparecen los hospitales psiquiátricos donde se recluye a los ‘locos’ y

también a los vagos, a los maleantes, etc. Estos quedan excluidos del orden social y alejados de su condición de personas, y con el tiempo, se convierten en pruebas experimentales de la medicina y los psicofármacos. De esta manera, la ideología manicomial tiende a la des-personalización de las personas.

Otros autores como Alegret & Urbano (2002-2005) realizan un recorrido sobre la historia de la locura que permite recuperar algunas representaciones sociales que han existido para con esta población. A lo largo del tiempo, han sido consideradas como personas peligrosas, alteradoras del orden social establecido, incapaces de aportar a la producción y/ o reproducción de la sociedad. En este marco, las prácticas comunes se relacionaron directamente con el aislamiento de estas personas de los espacios comunes mediante el encierro buscando “normalizarlas” para su posterior reinserción en la sociedad. Estas formas de intervenir propiciaron, fomentaron y contribuyeron al incremento de los prejuicios, estigmatizaciones y discriminaciones en relación a la locura.

Las leyes de Salud Mental vigentes exigen la creación de dispositivos alternativos para la reinserción de los sujetos en la comunidad, entendiendo a los mismos ya no como personas peligrosas e incapaces, sino como sujetos protagonistas en sus procesos de enfermedad-salud-atención. Partiendo del principio de capacidad en el que se encuentran inscriptos estos marcos normativos, interesa resaltar los avances y transformaciones que han tenido lugar en relación a las maneras tradicionales de intervenir y comprender a la locura. Sin embargo, los estigmas y prejuicios producto de las históricas construcciones sociales relacionadas al campo de la “locura”, continúan permeando de manera subyacente en la sociedad.

Hablar de los sujetos de la intervención pre-profesional, requiere necesariamente en primer lugar, hacer alusión a lo que se entiende por el término: identidad. La entendemos como una construcción histórica, compleja, en permanente cambio constituida al mismo tiempo mediante una red de vínculos y relaciones. Además, no solo por las características que se portan, sino también influyen en su constitución la forma en que uno mismo se identifica y la manera en que los de afuera nos significan. Tampoco estaríamos en lo correcto si

dijéramos que la identidad de una persona es una sola y allí se termina todo. Es preciso consideramos, retomar los aportes de Laclau *“no hay identidades necesarias, siempre son contingentes y precarias. Cada agente social es penetrado por una multiplicidad de posiciones (...) van articulando distintas prácticas en espacios específicos, sin que ninguna de estas posiciones se constituya como eje (...) comprender los procesos que se relacionan más con el deseo que con la razón y reconocer que una organización se entrecruzan múltiples racionalidades, intereses que van expresando diversas posiciones”* (Acevedo P. , 2015, pág. 226)

En sintonía con los párrafos anteriores, las identidades de los sujetos de la intervención son construidas en relación a sus trayectorias y a las representaciones que sobre ellos tiene la sociedad.

¿Es posible creer que los sujetos son actores pasivos de sus propias trayectorias y que las mismas se construyen de manera lineal? En este marco, ¿Es posible hablar de la trayectoria? O quizás es mejor hablar de las trayectorias, y entonces intentar reconocer las particularidades de cada una de ellas.

Lo que aglutina a los sujetos de nuestra intervención es el haber transitado procesos de internación y externación en el HNP. A través de encuentros individuales, entrevistas y los encuentros colectivos logramos reconstruir el recorrido de sus trayectorias en diversos ámbitos relacionados con la dimensión sociolaboral. Todos los participantes del espacio, previo a atravesar procesos de internación y externación habían transitado por diversos espacios laborales, todos se habían desempeñado en algún trabajo en blanco, sin embargo en su mayoría los trabajos desarrollados se caracterizaban por ser de jornadas extensas, trabajos informales, changas. Los participantes luego de atravesar los procesos de internación no habían logrado volver a insertarse en el mercado laboral; sin embargo se reconocieron en sus trayectorias diversas capacitaciones en cursos de oficios por diversos espacios y, en algunos casos, algunos habían sostenido changas facilitadas por el personal del HNP.

Las representaciones de los sujetos en relación al mundo sociolaboral se caracterizan al momento de la intervención por reconocer las barreras que obstaculizan y dificultan su

acceso. Uno de los usuarios refiere al trabajo como *“Y cuando estoy comprometido con algo, me meto en la cabeza y no dejo hasta terminarlo”*.

La medicalización se constituye en un factor a tener en cuenta, dado que plantearon en diversas ocasiones sus dificultades para respetar horarios matutinos por el efecto de algunas pastillas que forman parte de sus tratamientos. Retomando las palabras de uno de los sujetos: *“el tratamiento lo hago más bien allá en la ADEM (Dirección de Especialidades Médicas) que me ve la neuróloga, pero no, ya no la voy a ver. Ella solamente llega para recetarme, pero no estoy de acuerdo, la clozamida no me hace bien, me da sueño, me cuesta mucho levantarme”*

Otro factor que dificulta pensar su reinserción al mercado laboral se encuentra relacionado con la reorganización de sus rutinas en relación a la alimentación garantizada en este caso por el HNP en determinados horarios a respetar, en nuestros registros de campo esto puede visualizarse al momento en que algunos usuarios manifestaron sus incertidumbres respecto a los horarios laborales al momento de comenzar con el Programa PILA a los fines de reorganizar sus rutinas pudiendo acceder al almuerzo y desayuno del HNP.

Pensar por tanto en los sujetos de nuestra intervención implica realizar un recorrido en sus trayectorias a los fines de identificar que la internación, el aislamiento son generadores de pérdidas en sus derechos sociales y laborales; y que es imprescindible garantizar dispositivos que acompañen el proceso de reconstrucción de sus identidades como sujetos trabajadores. En palabras textuales de uno de los sujetos participantes del espacio de la “Bolsa de Trabajo” esto último se refleja cuando sostiene: *“Ustedes no tienen cabal idea de lo que este espacio significa para nosotros (...) volver a pensarnos como trabajadores, al menos pensarnos.”*

La institucionalización hecha cuerpo

A partir de la experiencia y de los relatos de los sujetos durante el proceso de intervención pre-profesional nos surge el siguiente interrogante: ¿qué entra en juego durante los procesos de internación y externación que invisibiliza la identidad de la persona como sujeto

trabajador? Entendemos que la respuesta no pretende ser acabada, sin embargo sostenemos a partir de experiencias empíricas que existen algunos ejes identificados como contribuyentes a esta invisibilización.

Los sujetos de la intervención pre profesional son aquellos que han atravesado procesos de internación y externación en instituciones de salud mental, en particular en el HNP. Si bien dicho espacio se caracteriza por ser una institución de puertas abiertas -cada sujeto que comienza un proceso de internación puede optar por finalizar el mismo cuando así lo desee- muchos de ellos permanecen en la institución, aún cuando ya fueron externados.

En múltiples ocasiones, la falta de vivienda, de lazos y/o redes sociales por fuera del hospital y los problemas económicos, se constituyen en factores que contribuyen a la extensión de los procesos de internación o su permanencia en el hospital. Al mismo tiempo, la sobremedicalización de las personas se constituye en un obstáculo en tanto funciona como limitante de sus capacidades para el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Es por ello que los procesos prolongados de internación/externación en las instituciones de salud mental se constituyen en estructuras externas que a lo largo del tiempo influyen en las posibilidades de reproducción y/o transformación de sus maneras de pensar, sentir y actuar como sujetos autónomos.

Ser parte de éstos procesos, implica en los sujetos la ruptura de roles y funciones previos a la internación, como por ejemplo el rol de trabajadores. Sumado a ello, la escasa existencia de políticas públicas destinadas al abordaje de la reinserción sociolaboral de esta población da lugar a la invisibilización de estas personas como sujetos trabajadores. En este marco, resulta imprescindible apostar al reconocimiento de sus trayectorias por el mundo sociolaboral apelando a la reconstrucción de sus identidades como tales y sus proyecciones en relación a un proyecto ocupacional.

Así entendemos que las estructuras externas no son los exclusivos determinantes de dicho procesos de invisibilización, sino que partiendo del principio de capacidad, el sujeto tiene la

posibilidad para discernir entre múltiples opciones y tomar decisiones en lo que respecta a la reproducción de su vida cotidiana y hacia proyecciones futuras.

Desde una concepción basada en el paradigma de los derechos humanos es que conceptualizamos a los sujetos e intervenimos en el HNP. Esta perspectiva, pone el acento en la construcción de un sujeto entendido como ciudadano portador de derechos y un Estado como garante de los mismos. Principalmente, entendemos a los usuarios como sujetos complejos, insertos en un contexto estructural macro y un contexto micro, que resultan determinantes en diversos aspectos de la reproducción de su vida cotidiana y en la conformación tanto de su sentido práctico como de sus subjetividades. Al mismo tiempo, sostenemos que los sujetos son sujetos de deseo, atravesados no sólo por múltiples necesidades sino también por el deseo de transformarlas y transformarse a sí mismos, por medio de sus explicitaciones, constituyéndose como protagonistas de los procesos de modificación o reproducción de las diversas situaciones a partir de sus propias decisiones y acciones.

En este contexto, los usuarios del HNP, son conceptualizados en primer lugar, desde el principio de capacidad de todas las personas. Partir de dicho principio, implica alejarse de las concepciones tradicionales que suponían un sujeto pasivo, incapaz de actuar y decidir por sus propios medios, lo cual terminaba por cosificarlos. Sostenemos que cada uno de los usuarios que participó del espacio de la bolsa de trabajo aportó en la co-construcción de dicho dispositivo a partir de la explicitación de sus experiencias pasadas y presentes, así como de sus miedos, dificultades, opiniones, ideas, deseos y expectativas.

Comprender e intervenir con los sujetos desde el paradigma de los derechos humanos, nos obliga a utilizar las herramientas existentes –como los marcos normativos- en pos de generar rupturas en los modos de intervención de las instituciones competentes, como así también en las representaciones sociales de la sociedad en general.

CAPÍTULO IV

El Trabajo Social en el campo Salud
Mental.



“(...) Los sueños anuncian otra realidad posible y los delirios, otra razón (...)”

(2010), Eduardo Galeano

Reconstruyendo el proceso de intervención

La intervención del Trabajo Social debe ser entendida en términos de proceso. Ello implica, abandonar aquellas concepciones que la entienden de manera lineal y etapista, dejando por fuera las múltiples dinámicas que forman parte de los procesos de transformación de las problemáticas que se intentan abordar. Si bien intentamos dar una continuidad cronológica en el escrito, se entiende que el proceso estuvo atravesado por diversos vaivenes que demuestran la complejidad del asunto.

El proceso de intervención que se llevó adelante durante el año 2017 en el HNP fue posible debido a la participación de actores institucionales que habilitaron y acompañaron- desde una dimensión material y simbólica- la duración (8 meses) del proceso nuestra intervención pre-profesional.

Al momento del acercamiento a la institución, como demanda de los sujetos que por ella transitan, definimos realizar el proceso de intervención pre profesional en la “bolsa de trabajo”. Este espacio simbólico tuvo lugar luego de diversos encuentros mediante los cuales se generaron acuerdos que posibilitaron la creación del mismo, que funcionaría dentro del HNP con los sujetos interesados en participar.

En los primeros encuentros se generaron acuerdos y compromisos respecto a las competencias que se esperaban desarrollar en ese espacio. A partir de entonces, el lugar comenzó a ser reconocido por referentes de la institución y también por otros actores que se acercaban a los encuentros con el propósito de la obtención inmediata de un empleo. La denominación “bolsa de trabajo” provocó expectativas que no podían ser satisfechas y resueltas a la brevedad y de manera subyacente. Por esa razón, en el transcurso de la experiencia sólo se mantuvo la permanencia y concurrencia de un grupo reducido de asistentes.

El equipo participante de la “Bolsa de Trabajo” se compuso por quienes escriben, un grupo de usuarios que pudieron sostener de manera rutinaria los encuentros desarrollados durante

los meses de intervención; como así también por profesionales de psicología (Melisa Herranz) y de trabajo social (Liliana Carrizo).

Desde la metodología participativa y de co construcción, elaboramos diversos caminos que respondían a lo que surgía desde lo colectivo y desde el acompañamiento individual de cada sujeto. Así se pudo tomar decisiones en relación a sus particularidades, intereses y expectativas.

En este marco, se generaron a lo largo de todo el año 2017, encuentros con diversos actores, instituciones y organizaciones para crear redes que garantizaran el tránsito de los sujetos por espacios extra hospitalarios que respondieran a intereses propios. Con algunos de ellos no se lograron articulaciones efectivas como estaba planificado, sin embargo, es necesario seguir apostando a la construcción de redes inter institucionales a los fines de garantizar un abordaje integral. De todos modos, sí se lograron articulaciones con otros espacios como la Escuela de Oficios de la UNC, así como con de la Secretaria de Equidad y Promoción del Empleo mediante los programas de capacitación.

Más allá de estos procesos de acompañamiento de espacios extra hospitalarios se buscó en el espacio socio-organizativo generar la posibilidad de adquisición de herramientas necesarias para la reinserción sociolaboral: entrevista de trabajo, confección de currículum vitae, identificación de proyectos y expectativas, reconstrucción de sus trayectorias, reconocimiento y explicitación de deseos, miedos y dificultades.

Debido a las dinámicas que se presentaron en el proceso de intervención y entendiendo la transversalidad de la evaluación, fueron necesarios encuentros con el equipo de actores involucrados en la institución como así también de la UNC que acompañaron y orientaron las intervenciones, acciones y decisiones.

Este sistema de apoyo se constituyó como referente en el HNP, en el abordaje de los procesos de reinserción sociolaboral. Al pensar en la continuidad del mismo, una de las acciones llevadas a cabo fue la presentación por parte de quienes escriben, de un proyecto

en la Secretaría de Extensión de la UNC, obteniendo el primer lugar en la convocatoria de Beca SEU para proyectos extensionistas, categoría A en la sección de Trabajo, para dar inicio en 2018, garantizándose así la continuidad del espacio.

Trabajo Social y Salud Mental

“Hablar de objeto de una disciplina es preguntarnos por el equivalente teórico de un campo de problemas reales que demandan resolución. Decir equivalente teórico es afirmar nuevamente que los hechos hablan de acuerdo con las teorías que los están sustentando, que no se accede directamente a lo real sino a través de mediaciones, de espacios de articulación entre teoría y empiria, entre expresiones de lo real y sus significaciones.”

(Aquín N. , 1996)

Al decir de Aquín (2013) el campo de la intervención social, se constituye a partir de la intersección de tres esferas:

- la reproducción cotidiana de la existencia, referida al conjunto de actividades que las personas o grupos desarrollan para mantener o mejorar sus condiciones de vida. En este aspecto, Aquín retoma los aportes de Jelin quien propone tres niveles de reproducción: *“biológica, social y cotidiana. Esta última integrada por dos dimensiones: la doméstica-que contiene las tareas de re-producción generacional- y la pública -que incorpora aquel conjunto de necesidades que, no pudiendo ser enfrentado en el nivel doméstico, “fugan” hacia el espacio público, en busca de generar posibilidades de una demanda colectiva y organizada-. El conjunto de necesidades que anclan en el espacio público más o menos próximo, se identifica con lo que genéricamente se denomina derechos sociales de ciudadanía -con énfasis en infraestructura y servicios- las tareas de reposición generacional y, en su dimensión pública, a derechos sociales de ciudadanía (infraestructura y servicios”* (Aquín N. , 2013, pág. 67)

- la redistribución secundaria del ingreso vinculada al conjunto de procesos a través de los cuales el Estado, en su condición de gran organizador, aborda la cuestión social mediante programas sociales con base tributaria, los cuales tienden a regular las asimetrías propias de la distribución primaria en donde los sujetos aparecen como capital y trabajo.
- los sujetos que presentan dificultades en la reproducción de su vida cotidiana tienen conflictos para atender, por sus propios medios, necesidades derivadas de su reproducción cotidiana. Esto alude no solo a dificultades de orden económico-material sino también de índole afectivas, de capacitación, vinculares, etc.

Con respecto a esta última esfera consideramos que dicha dimensión alude a sujetos con derechos vulnerados, lo que les impide atender por sus propios medios las necesidades derivadas de su reproducción cotidiana. En este sentido, es necesario reflexionar en torno a la manera de percibir al sujeto, como un sujeto activo, con carencias pero también con potencialidades que, en ciertos momentos requieren la prestación del servicio profesional del trabajo social.

Desde nuestra perspectiva, entendemos que la construcción del objeto de intervención del Trabajo Social, parte no solo desde la consideración de la intersección de las esferas antes mencionadas sino en la conjunción de estos tres aspectos sumados a otros elementos que se interrelacionan e interactúan. Identificamos como factores a tener en cuenta en la construcción del objeto de intervención del trabajo social: las dificultades que tiene el Estado en la redistribución secundaria del ingreso, las posibilidades y capacidades que tienen los sujetos para la transformación de sus propias realidades.

Afirmar que no existen políticas públicas que tiendan a dar una respuesta concreta a las dificultades que los sujetos tienen para su reproducción, sería caer en un análisis ciego. Sin embargo, creer que dichas políticas garantizan los derechos de todos los ciudadanos a los que formalmente apuntan, sería erróneo. En el ámbito de nuestra intervención, podemos decir que las políticas de inclusión sociolaboral existentes para los sujetos que han transitado por procesos de internación y externación en instituciones de salud mental, son aún insuficientes, a lo cual se suma la falta de un control por parte de las instituciones

estatales. Ello se demuestra en el escaso acceso al trabajo de dicha población en comparación con el colectivo de discapacidad. Los empleadores contratan –en los tiempos y formas especificados en cada programa de empleo- a quienes presentan certificado de otras discapacidades (visual, motora, etc) y no a quienes han atravesado por procesos de internación y externación en instituciones de salud mental. Lo cual da cuenta de la existencia de barreras culturales y simbólicas expresadas en prejuicios y estigmas.

En este sentido puede observarse que las barreras que se constituyen en obstáculos para la inserción sociolaboral de estos sujetos son generadas también por las dificultades que tiene el Estado en la redistribución secundaria del ingreso y en su control. No sólo tienen su origen en cuestiones técnicas como la falta de recursos humanos, físicos o económicos; sino también en las definiciones acerca de cuáles son los problemas públicos fundamentales y los modos a partir de los cuales se debería intervenir en ellos. Allí se ponen en tensión los intereses de los burócratas, las corporaciones y los actores sociales que apelan a satisfacer, o no, las necesidades del conjunto de la población priorizando a los sectores menos favorecidos en pos de la reducción de las desigualdades.

Por otra parte, las instituciones totalizadoras por las que transitaron los sujetos de esta población han determinado y configurado los hábitos de los sujetos, disciplinando los cuerpos, acallando e invisibilizando las posibilidades y capacidades que tienen los sujetos para la transformación de sus propias realidades.

En este sentido, entendemos que para la construcción del objeto de intervención es imprescindible poder plasmar y visibilizar las capacidades que estos sujetos tienen a partir de generar espacios y oportunidades en las que éstas puedan identificarse y por qué no, redefinirse en función de un tiempo y espacio determinado. En este punto, retomamos una vez más a Bourdieu en (Acevedo, Artazo, & López, 2007) cuando sostiene que el hábitus son aquellas estructuras estructurantes que se traducen en disposiciones prácticas que tienen los sujetos para pensar, actuar, producto de las condiciones objetivas que los atraviesan. Es aquí, donde las instituciones manicomializadoras se constituyen en las condiciones objetivas que los sujetos han internalizado. Igualmente las instituciones de

encierro entienden a los sujetos en su carácter de sometidos por el accionar de las organizaciones estatales, no siendo capaces de comprender los sucesos que están viviendo, ni teniendo la habilidad necesaria para reaccionar individual o grupalmente frente a las instituciones que avanzan sobre ellos.

Sin embargo, esta estructura estructurada permite a los agentes redefinir a través de una estructura estructurante que permite a los agentes poder definir, redefinir, [de]construir sus propias realidades en tanto y en cuanto éstos se conviertan en los protagonistas de sus acciones. En este marco, sostenemos que es inherente en la construcción del objeto, reconocer no solo las dificultades que atraviesan a los sujetos, sino también las potencialidades acalladas por las instituciones que han transitado.

El último punto que concierne a la construcción del objeto del trabajo social desde nuestra perspectiva, tiene que ver con el posicionamiento ideológico y el marco de referencia que atraviesan al quehacer profesional. En este sentido, la construcción del objeto no radica sólo en la relación que se establece entre la teoría y la realidad, sino que esta relación está atravesada por el posicionamiento ideológico que en función de nuestra trayectoria, intereses y experiencias hayamos construido.

Parra (1999) entiende que no es posible poder precisar, definir o delimitar el objeto del Trabajo Social en búsqueda de una supuesta científicidad según las imposiciones del positivismo lógico. El autor plantea que establecer la historicidad de la cuestión social, de los sujetos y los requerimientos profesionales sin considerar las múltiples problemáticas que atraviesan a los sujetos, sería generar visiones simplificadas de la realidad. De esta forma, el acento está puesto en las capacidades de los profesionales para superar dichas visiones y generar intervenciones resultantes de un diálogo entre *“la lectura y el análisis de la configuración contemporánea de la cuestión social, en la complejidad de las relaciones entre Estado y Sociedad Civil, en las relaciones entre las clases, en las características de las políticas sociales.”* (Parra, 1999, pág. 12)

Luego del análisis de las teorías planteadas en párrafos anteriores, y como resultado de un proceso de reflexión, construcción y de-construcción de lo que como equipo entendemos como objeto de intervención definiremos al mismo de la siguiente manera:

Reconocimiento de obstáculos y dificultades en la reinserción sociolaboral de los sujetos que han atravesado por procesos de internación/ externación del HNP en tanto constitutiva de la autonomía e identidad -individual y colectiva- partiendo del principio de capacidad desde una perspectiva de derechos.

Tal como anticipamos, dentro de los conceptos claves que hacen a la intervención pre profesional y a la construcción del objeto de intervención del trabajo social, hacemos referencia a la reinserción de los sujetos al mundo sociolaboral. En este marco, podemos dar cuenta de las tres dimensiones que necesariamente atraviesan a dicho objeto.

Por un lado, dentro del concepto de mundo sociolaboral se encuentra el trabajo remunerado, como parte de la **dimensión material** del objeto. Trabajo que ha sido perdido, debido a los procesos de internación/externación que han atravesado los sujetos. Por otro lado, también podemos pensar los sujetos desde una **dimensión organizativa** que implica promover relaciones de intercambio y ayuda mutua, como así también la inclusión y participación de lazos sociales más amplios. Por último, pero no menos importante, la **dimensión educativa** nos posibilita reconstruir y recuperar las problemáticas buscando la resolución de problemas de manera horizontal, interpelando las representaciones vigentes con el fin de lograr la resolución de dificultades de manera autónoma.

La reinserción sociolaboral de los sujetos que han transitado por procesos de internación y externación en el HNP, se alcanzaría a partir del principio de capacidad, entendiéndolos como sujetos de derecho, y reconociendo tanto las dificultades del Estado para garantizar dicha reinserción sociolaboral, como sus dificultades en la reproducción de su vida cotidiana.

Entender que el objeto de intervención es producto de una construcción teórica-práctica implica pensar que el mismo requiere necesariamente de la resolución de las problemáticas expresadas por los sujetos. Es por ello, que durante la intervención también se construyen estrategias, entendidas como el conjunto de acciones necesarias para lograr la transformación de las situaciones iniciales.

El objetivo general de esta intervención que surge como guía para la implementación de una estrategia tiene que ver con: contribuir a la visibilización, problematización y transformación de los factores que se constituyen en obstáculos para el acceso al mundo sociolaboral de los sujetos que han transitado por procesos de internación y externación del HPN, en pos de generar herramientas y habilidades que posibiliten a los sujetos la modificación de sus condiciones objetivas y subjetivas.

Estrategias

A partir de la lectura de Rodríguez & Tabora (2015) entendemos a las **estrategias** como mediaciones a través de las cuales los profesionales concretan y operacionalizan sus acciones, es decir “*son instancias de pasaje a la práctica*” (Rodríguez & Tabora, 2015, pág. 13). Estas mediaciones, que a su vez son consideradas superadoras de las instancias iniciales, se desprenden de los objetivos que se buscan alcanzar en un determinado plan, programa o proyecto de intervención “*no hay un cómo sin un para qué*” Robirosa citado en (Rodríguez & Tabora, 2015, pág. 14).

Al mismo tiempo, interesa retomar aquí los aportes de Peralta (2012), quien sostiene que el diseño de una estrategia requiere de la puesta en marcha de herramientas que conforman un todo y se relacionan de manera dialéctica: teórico-metodológicas, político-ideológicas y técnico-instrumentales. La importancia de la primera, radica en que hace de nuestra práctica, una profesión fundada. Es decir, implica una intervención crítica y reflexiva, que se aleja de una forma de trabajo simplista, que no logra problematizar la realidad en la que interviene. La puesta en juego de la herramienta político-ideológica importa en tanto que la misma da cuenta y permite exponer la intencionalidad de cambios y los juicios de valor en los que se basan los objetivos de intervención de los profesionales, además, permiten dar una efectiva dirección a las acciones que se pretenden llevar adelante, y aún más, permiten

ocupar espacios en los ámbitos públicos de manera tal, de hacer valer la palabra fundada del profesional ante otros actores sociales. En cuanto a las herramientas técnico-instrumentales, Peralta sostiene que refieren a una multiplicidad de instrumentos llamados “técnicas” pero que *“no pueden ser concebidas por fuera de la totalidad que conforma con las otras dimensiones. Ello significaría limitar las condiciones de posibilidad del ejercicio profesional al dominio de instrumentales y técnicas de intervención”* (Peralta, 2012, pág. 21)

Nuestra estrategia de intervención consistió en la creación de un espacio socio-organizativo, nombrado por los sujetos de la intervención como “Bolsa de Trabajo”. Este espacio, se constituyó en un sistema de apoyo que a través del acompañamiento, abordó los procesos de reinserción sociolaboral de las personas que hubieran transitado por procesos de internación/externación en el HNP y que estuvieran interesadas en participar. Este sistema de apoyo, sienta sus bases en la idea de constituirse como un sistema alternativo a las prácticas manicomiales apostando al abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención, partiendo desde el principio de capacidad de las personas del cual parten los marcos normativos antes mencionados

La implementación de la Bolsa de Trabajo se llevó adelante mediante dos dimensiones que se retroalimentaron: la individual y la colectiva. La primera dimensión, buscó identificar particularidades de cada uno de los participantes en cuanto a sus trayectorias, experiencias y expectativas personales relacionadas al ámbito sociolaboral. En lo colectivo se buscó reconocer características generales de esta población, como así también compartir experiencias, ideas y dudas.

Desde lo colectivo y para reconocer características generales de esta población, podemos decir que el diseño de las estrategias se plasma en **Líneas estratégicas** o **Líneas de Acción**. Éstas, son consideradas como un conjunto de acciones coherentes, integrales y viables que se llevan a cabo con el objetivo de superar la distancia existente entre las situaciones iniciales de un plan, programa o proyecto de intervención y las situaciones futuras o imágenes-objetivo *“(…) intentan resolver el qué vamos a hacer y cómo lo vamos a hacer”* (Rodríguez & Taborda, 2015, pág. 14). En el proceso de intervención pre-profesional tuvieron lugar las siguientes líneas de acción:

a- Formación de un espacio socio-organizativo

En este espacio “Bolsa de Trabajo” se abordaron de manera conjunta aquellos aspectos que se relacionaban con las experiencias concretas, los hábitos requeridos para re-insertarse en la dinámica social. La construcción de herramientas y estrategias, la identificación y visualización de barreras que los propios sujetos observaban como obstaculizadoras de los procesos de reinserción sociolaboral. Al mismo tiempo, se compartieron ideas que aportaron a la co-construcción del espacio entendiendo que el mismo no era considerado como una lista de ofertas laborales sino como encuentros en donde los sujetos pudieran recuperar sus trayectorias y re-pensarse en su rol de trabajadores, estudiantes, emprendedores.

b- Sistema de Apoyo

En este dispositivo se llevaron a cabo acciones en dos dimensiones. Por un lado, se realizó un acompañamiento individual en el cual, se priorizó la reconstrucción particular de cada trayectoria, mediante encuentros individuales. Además, una vez que los sujetos comenzaron a participar en otros espacios se buscó acompañar mediante estas instancias sus procesos a los fines de lograr su permanecía.

Por otro lado, se realizaron acompañamientos que buscaron la creación de redes con espacios extra-hospitalarios que brindaran capacitaciones en oficios en función del interés de cada sujeto participante, de manera que cada uno de ellos, pudiera acceder a nuevos conocimientos y herramientas para su re-inserción en el mundo sociolaboral.

Tanto en los encuentros socio-organizativos y en los individuales, como en las capacitaciones, se llevaron adelante diferentes acciones que aportaron en el acompañamiento de los sujetos para que logran por sí mismos las transformaciones deseadas de sus propias realidades. Estas acciones implementadas, tuvieron que ver con “procedimientos como tácticas” que, al decir de González se constituyen en *“un conjunto de medios y habilidades operativas e instrumentales, puestas en juego en una estrategia”*. (González & Nucci, 2005)

En este marco, nuestro proceso de intervención tuvo lugar a partir de la gestión⁹ del espacio de la “Bolsa de Trabajo” en respuesta a las demandas explicitadas por los sujetos. Para ello, a través de encuentros con los diferentes actores de la institución, se movilizaron recursos materiales –como el lugar físico- y humanos –el equipo de trabajo interdisciplinario que acompañó el proceso- a los fines de posibilitar la generación de dicho espacio. Al mismo tiempo la gestión, implicó la promoción¹⁰ en tanto que se apostó a la participación activa de los sujetos y otros profesionales a través de compartir experiencias, información e ideas en el espacio socio-organizativo con el objetivo de que ellos mismos sean protagonistas en la toma de decisiones en la construcción de sus proyectos sociolaborales. Mediante la co-gestión¹¹ buscamos acompañar a los sujetos en sus acercamientos a espacios extra-hospitalarios tales como la Escuela de Oficios de la UNC, la Secretaría de Equidad y Promoción del Empleo; al mismo tiempo se llevaron adelante acompañamientos en el relleno de formularios y elaboración de CV.

Paralelamente a las acciones mencionadas, en los encuentros semanales, se dio lugar a la construcción de un espacio que permitiera explicitar las problemáticas, intereses, deseos e ideas en relación a la reinserción sociolaboral, a través de acciones de dilucidación¹², problematización y desnaturalización; que permitieron reconocer de manera conjunta cuáles eran los recursos, alternativas y estrategias necesarias para lograr cumplir con los objetivos inicialmente planteados. Principalmente, se intentó definir en conjunto qué representaría y abordaría el espacio de la Bolsa de Trabajo para todos los que participaran. En este marco, en cada encuentro se buscó problematizar y reconocer cuáles eran las barreras se constituyen en obstáculos al momento de su reinserción sociolaboral, retomando experiencias en sus trayectorias laborales y proyecciones futuras.

⁹ Retomando los aportes de Gonzáles, Cristina y Nucci, Nelly se definen los procedimientos como tácticas: **Gestión** implica la acción por parte del trabajador social y por su propia cuenta de un recurso demandado por una persona o grupo, en el contexto, incluso de un proceso co- gestionado.

¹⁰ **Promoción:** *impulsar a la realización de acciones, ideas, etc., para facilitar la toma de decisiones.*

¹¹ **Co-gestión:** implica la forma conjunta de resolución de un problema, incluida la dilucidación del mismo, de lo que es necesario hacer y cómo hacerlo, en donde la tarea profesional consiste en aportar su conocimiento para que los sujetos afirmen, amplíen, creen o administren sus recursos de toda índole.

¹² **Dilucidación:** refiere al proceso de problematización conjunta, en que el profesional pone en juego sus saberes para la resolución del obstáculo o problema. (Cuestionar representaciones vigentes que son insuficientes para mirar el problema que se está viviendo.

Una vez reconocidas de manera conjunta las necesidades y recursos disponibles para el logro de los objetivos individuales y colectivos, fueron necesarias algunas acciones que implicaron la co-gestión, mencionadas anteriormente, a los fines de promover la autogestión¹³ de los sujetos en cada proceso de reinserción sociolaboral. De esta manera, algunos de los usuarios lograron inscribirse y comenzar su participación en la Escuela de Oficios de la UNC, y otros participaron del programa PILA, como capacitación sociolaboral remunerada de la Secretaría de Equidad y Empleo de la provincia de Córdoba.

Desde la prevención¹⁴, a los fines de anticiparnos a posibles situaciones problemáticas que se presentasen en el tránsito por estos espacios extra-hospitalarios, es que en el espacio de la Bolsa de Trabajo, se llevaron adelante simulaciones de diversas situaciones a las que podrían enfrentarse durante el proceso de reinserción sociolaboral, con el objetivo de lograr la generación y apropiación de herramientas que les posibilitaran enfrentarse a dichas situaciones y poder resolverlas de forma autónoma.

Resultados, impactos y tensiones.

Consideramos necesario poder identificar algunas transformaciones tanto positivas o negativas que nuestro proceso de intervención presentó. El impacto o resultado de este proyecto no puede ser visto a corto plazo sino que entendemos que algunos de sus frutos podrán ser visualizados a mediano y/o largo plazo.

En este sentido, los resultados que se explicitan a continuación deben ser entendidos como aquellos identificados al momento de este escrito:

- La creación y co-construcción del espacio de la “Bolsa de Trabajo”, como dispositivo alternativo a las prácticas manicomiales y como único sistema de apoyo que aborda la reinserción sociolaboral de los sujetos en esta institución –HNP-. Es

¹³ **Autogestión:** refiere a la puesta en marcha por parte de los individuos o grupos, de acciones, medidas, etc., para solucionar un problema. Los individuos, grupos y comunidades tienden a autogestionarse permanentemente en sus vidas. La demanda le llega generalmente al trabajador social cuando ese proceso autogestivo espontáneo, ha encontrado algún obstáculo.

¹⁴ **Prevención:** se anticipan las posibles consecuencias de una situación, ya sea que el problema no esté planteado o que, frente a su presencia se considere importante su no repetencia”.

importante destacar que la iniciativa se sostuvo a lo largo de todo el año 2017 mediante la participación de los sujetos involucrados y otros actores interesados.

- La existencia del espacio fue reconocido de diversos actores profesionales provenientes de distintas áreas y disciplinas de la institución. Sin embargo, no se logró el reconocimiento íntegro de los objetivos y extensa labor que dió origen y sostenimiento al espacio.
- El nombre “Bolsa de Trabajo” y la urgencia que genera el desempleo en los sujetos involucrados, generaron expectativas de solución inmediata de esta problemática. Sin embargo, en conjunto con los sujetos participantes, se pudo esclarecer cuáles eran las competencias y alcances del proyecto.
- El acercamiento y la participación de los sujetos a instituciones como la UNC y la Secretaría de Equidad y Promoción del Empleo, permitieron su tránsito por espacios extra-hospitalarios, lo cual generó en ellos nuevas experiencias de encuentro con otros sujetos, logrando salir del círculo hospitalario.
- Se destaca que no solo se logró el tránsito por dichos espacios sino que algunos de los sujetos pudieron permanecer y sostener esta vinculación mediante el acompañamiento de la “Bolsa de Trabajo”.
- Si bien al inicio de la intervención se intentó articular infructuosamente con el Centro de Rehabilitación Socio Laboral, el centro vecinal de Barrio Juniors y la UOCRA, meses después y al momento de este escrito, la Secretaría de Equidad y el CRSL finalmente generaron un acuerdo y articulación producto de los múltiples intentos anteriores.

- La aprobación de la beca de extensión universitaria da cuenta del compromiso asumido por la UNC en relación con las problemáticas que atraviesan a la sociedad.

A modo de recuperar más allá de los resultados e impactos mencionados la complejidad del proceso de intervención es que consideramos relevante explicitar algunos puntos de tensión como interrogantes.

- A lo largo del proceso de intervención pre-profesional nos preguntamos en repetidas oportunidades acerca de la importancia o no de la obtención de un certificado de discapacidad y de la gestión de cupos en diferentes espacios para los sujetos de esta población. La realidad concreta, demuestra que ambos mecanismos se constituyen en herramientas de accesibilidad a ciertos espacios como así también al acceso a derechos. Sin embargo, sostenemos que más que mecanismos posibilitadores de su participación y obtención de recursos, son mecanismos a los que actualmente hay que recurrir para que los sujetos puedan garantizar la reproducción cotidiana de su existencia. El interrogante entonces, no encuentra respuestas acabadas aunque sí nuestra posición es clara. Ante la falta de políticas universales que permitan el ejercicio de derechos a todos los ciudadanos del país, pareciera que la estrategia más “conveniente” en este contexto de exclusión es la de hacer uso del certificado y el cupo, aunque la discusión debiera ser hasta cuándo dichas políticas o intervenciones seguirán reproduciendo estigmas o prejuicios.
- Otro interrogante que atravesó el proceso de intervención, tiene que ver con sobre quién o quiénes recae la responsabilidad de abordar la reinserción sociolaboral de las personas que han atravesado por procesos de internación y externación en instituciones de salud mental. Si bien nuestra intervención tuvo lugar concretamente en el HNP, entendemos que esta institución es una de las tantas que forman parte de los dispositivos que se aglutinan en el sector de salud y específicamente, en salud mental. En este punto, ¿Es el Estado municipal, provincial o nacional el que a través de su ministerio de trabajo, de salud, educación debe tomar total injerencia en la problemática que se configura en la relación salud mental-trabajo? ¿Es una

problemática que atraviesa a los funcionarios como únicos responsables? ¿Cuál es el lugar de las organizaciones, de los movimientos sociales, de la universidad como institución comprometida con la sociedad? ¿Qué lugar ocupan los usuarios? ¿Qué lugar ocupan las corporaciones, cooperativas, sindicatos y demás formas de asociatividad y trabajo?

Partimos de entender a esta problemática como compleja y con ello entendemos que no sólo responde a un nivel o a un sector de Estado sino a todos sus niveles como así también a todos los sectores competentes. La reinserción al mundo sociolaboral no sólo tiene que ver meramente con el trabajo como actividad remunerada, sino que también se ve atravesado por aspectos políticos, sociales, educativos y culturales que confluyen al momento de reflexionar en dicha problemática para su posterior intervención. En este sentido, todos los actores antes mencionados debieran ocupar un lugar activo, como sujetos de derecho participes en la interpretación de la problemática y con la autonomía necesaria para hacer exigibles sus derechos, aportando desde sus experiencias, trayectorias y deseos a la obtención y concreción de los mismos.

- En múltiples ocasiones nos encontramos en la difícil tarea de abordar esta problemática compleja con sujetos diversos que, como tales, traían consigo diferentes experiencias vividas en relación a sus trayectorias familiares, educativas, laborales, vinculares, de salud. Los interrogantes tenían que ver con cómo abordar de manera colectiva la problemática, pero sin olvidar las particularidades de cada uno. En este punto, retomamos los aportes de Sierra quien sostiene la *“necesidad de plantear un trabajo que implique una escucha cuidadosa del padecimiento con la generación de nuevos y creativos andamios para el encuentro con el otro en una estrategia de intervención”*. (Sierra, 2016, pág. 28) .
- Entendemos que fue importante la co-construcción de este espacio como sistema de apoyo, que implicó un acompañamiento mutuo de los participantes en lo referido al proceso de reinserción sociolaboral. Sin embargo consideramos necesario no perder de vista de que significa un sistema de acompañamiento que contribuya a

incrementar el grado de autonomía de las personas a los fines de ampliar sus marcos de actuación y decisión; buscando evitar que estos mecanismos que constituyen el sistema de apoyo resulten o provoquen una total dependencia por parte de quienes por el transitan.

Reflexiones finales

Imaginamos que el lector espera en este apartado encontrarse con conclusiones acabadas, o al menos con el cierre de algunas ideas desarrolladas a lo largo de todo el escrito, sin embargo como mencionamos al comienzo, y en contraposición a ello lo invitamos a sumergirse en un abanico de interrogantes más que de respuestas.

Tal como se planteó en la introducción, resulta imprescindible comprender al desempleo como una problemática que se ve atravesada por dimensiones económicas, sociales, políticas, culturales e históricas que requieren de un análisis complejo para su abordaje. Es por ello que al pensar en los modos en que los Estados debieran intervenir sobre dicha problemática, lo hacemos desde un concepto más amplio que, rompa con las lógicas meramente economicistas y mercantiles propias de un sistema capitalista excluyente y proporcione herramientas para repensar las políticas públicas atravesadas por el conjunto de las dimensiones antes mencionadas. ¿El trabajo es meramente una actividad remunerada? ¿Hablar de inclusión sociolaboral no significa entonces abrir el abanico y pensar en el tránsito de los sujetos por diversos espacios según sus intereses y deseos?

Las leyes de Salud Mental Nacional y Provincial contemplan y exigen la creación de dispositivos alternativos a las prácticas manicomiales que logren de manera efectiva el cumplimiento de los derechos de todos los sujetos de este colectivo. Sin embargo, y en consonancia con lo que plantea el CELS –Centro de Estudios Legales y Sociales- la existencia de programas de capacitación en empleo, no sólo es escasa “(...) *aparte del sistema de cupos, no existe otra política pública específica (...) en materia de trabajo dirigida a las personas en procesos de externación*” (Centro de Estudios Legales y Sociales, S/D, pág. 75) sino que aquellos programas como el PILA de la Secretaría de Equidad y Promoción del Empleo de la provincia de Córdoba, no garantizan el efectivo

acceso de esta población. A pesar de contar con cupos para personas con certificado de discapacidad, como lo exige la Ley 22.431, el colectivo que mayor acceso tiene a estas capacitaciones brindadas por empresas, son quienes presentan certificado de discapacidad motora, visual, auditiva, entre otras *“Nunca en mi vida pidieron un paciente con patología de salud mental. Está clarísimo que dentro del campo de la discapacidad, es la población con mayor estigma”* (Centro de Estudios Legales y Sociales, S/D, pág. 74) En este punto, algunos interrogantes que nos surgen tienen que ver con ¿Cuál o cuáles son los motivos que llevan a que los empleadores no tomen a personas que han transitado por procesos de internación y externación en instituciones de salud mental? ¿Es entonces lo mismo hablar de discapacidad que de personas con discapacidad mental o psicológica?

En consonancia con lo anterior, quedan expuestas aquellas representaciones sociales que parte de la sociedad aún tiene en relación a los sujetos que alguna vez transitaron por procesos de internación y externación en instituciones de salud mental. Son las acciones, decisiones y prácticas que no sólo los funcionarios del Estado, sino los empleadores y algunas organizaciones de la sociedad civil como así también la sociedad en general, las que dan cuenta de la permanencia de prejuicios, miedos y concepciones relacionadas al “loco” o a la “locura”. Sin embargo, a pesar de ello, resulta importante destacar los avances que en materia de Salud Mental tuvieron lugar en los últimos tiempos. Un claro ejemplo de ello es la marcha por el derecho a la Salud Mental que en su cuarta edición convocó a un mayor número de personas, lo cual da cuenta de las posibilidades y espacios que se construyen con el fin de poner en cuestión las lógicas manicomiales, las representaciones que de ellas se desprenden, las maneras de intervenciones públicas estatales en este campo y los derechos que deben ser garantizados y cumplidos.

A partir de lo expuesto hasta aquí y desde el campo del Trabajo Social es que nos surgen otras reflexiones e interrogantes a modo de desafíos para intervenciones futuras. Principalmente, sostenemos la importancia de llevar adelante el ejercicio profesional desde aquellas teorías y paradigmas cuya base se asienten en los principios de los derechos humanos, utilizando como herramienta los marcos normativos competentes a la Salud Mental que funcionan como habilitantes y herramientas legales a partir de las cuales se hace efectiva la posibilidad de exigibilidad de los derechos.

Al mismo tiempo, tener presentes estos marcos teóricos y normativos implica llevar adelante intervenciones en las que los sujetos sean los protagonistas de las transformaciones de sus propias realidades. De nada vale reproducir la letra formal escrita si en la práctica nos transformaremos en meros “iluminadores” “asistentes” y no daremos lugar a que cada persona pueda tomar sus propias decisiones y actuar según sus convicciones, partiendo de sus habilidades, estrategias y capacidades para hacerlo.

Otra dimensión a tener en cuenta, tiene que ver con la dimensión simbólica y de las representaciones sociales. Resulta clave poder generar espacios de reflexión, diálogo, problematización y desnaturalización de las representaciones sociales que aún están atravesadas por los ideales y lógicas manicomiales. Entendemos que estos espacios deben darse tanto al interior de las instituciones de salud mental como fuera de ellas y esto incluye a los diferentes sectores y actores del gobierno, empleadores, organizaciones de la sociedad civil, sociedad en general y demás instituciones.

A nivel universitario y más concretamente la Facultad de Ciencias Sociales, requiere de la creación y sostenimiento de espacios que aborden la temática de Salud Mental. Entendemos a la universidad pública como un espacio de creación y reflexión de conocimientos los cuales pueden aportar a la desnaturalización y problematización de concepciones y representaciones estigmatizadoras respecto a la Salud Mental.¹⁵

Aún queda mucho por problematizar y repensar las maneras de intervenir en el campo de la Salud Mental. El principal desafío a nivel estatal, radica en la creación de políticas públicas que sean intersectoriales, tal como lo expresamos al principio, la reinserción al mundo sociolaboral implica un abordaje amplio que supere la dimensión económica y para ello se necesita de un trabajo en equipo que convoque a los diferentes sectores del estado y a

¹⁵ Art. 33: “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.” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010)

equipos interdisciplinarios que puedan pensar en estrategias conjuntas y complejas para la atención de una demanda, también compleja.

Sentir- pensar-hacer en el rol de estudiantes

“El ser humano es un sujeto incompleto. En su tránsito por el mundo y en su condición de sujeto a otros que también son incompletos establece interacciones, toma decisiones que afectan los contextos particulares en los que vive, que afecta también los proyectos de realización personal y los proyectos de otros. Anticiparse a la comprensión de sí mismo y de los otros como seres incompletos, con comprensiones diferentes del mundo, permite tomar la inteligencia propia y la de los otros como punto de partida, permite conducirse, junto a ellos de dos inteligencias iniciales a dos inteligencias finales, siempre provisionales e incompletas.” (Skliar C. , 2001)

A lo largo del proceso, nos dimos cuenta que el rol de estudiante, implica mucho más que un conjunto de teorías aprehendidas a lo largo de la carrera. Ser estudiantes implicó relacionarnos con otros diferentes a nosotras, con otros diferentes entre ellos, con otros atravesados por un sinfín de trayectorias vividas, proyecciones futuras. Implicó reconocernos como diferentes entre nosotras, pero compartiendo un mismo objetivo: apostar y aportar desde lo académico, desde las experiencias personales y desde los sentires, a la problematización y a los procesos de resolución de situaciones conflictivas que atraviesan los sujetos de nuestra intervención. Como estudiantes, sostenemos que durante el proceso de intervención pre-profesional, aprendimos más allá de los apuntes y entendemos que la clave de las intervenciones comienzan por la escucha, el dialogo, el poder acercarnos a las realidades concretas por las que los sujetos atraviesan de manera tal de generar intervenciones estratégicas conjuntas, partiendo de la necesidad y el deseo del otro, aportando si, desde nuestros conocimientos académicos pero entendiendo que no son los únicos marcos que permiten una intervención comprometida con la realidad.

Transitar espacios implica transformaciones en lo individual y en lo colectivo, este escrito es también una manera de dar forma a nuestro tránsito como estudiantes por la Universidad Nacional de Córdoba en la Licenciatura en Trabajo Social. Interesa resaltar que atravesar el

proceso de formación de grado en una Universidad Pública acarrea implicancias en el rol que como estudiantes uno ocupa, implicancias directamente relacionadas con el compromiso de la transformación de la realidad a favor de los sectores subalternos. En nuestro proceso de formación, como estudiantes, cabe destacar que las transformaciones atravesaron no solo a nivel profesional, si no, también en nuestro sentir. *“Me gusta la gente sentipensante, que no separa la razón del corazón. Que siente y piensa a la vez. Sin divorciar la cabeza del cuerpo, ni la emoción de la razón.”* (Galeano, 1989)

Es por ello que durante el proceso nos sentimos buscando una respuesta acabada, aun sabiendo que la intervención implica un proceso en el cual estábamos comprometidas no solo nosotras, sino también los sujetos. Nos sentimos solas, pero acompañadas, con más dudas que certezas, pero comprometidas. Los tiempos muchas veces corrieron a destiempo de lo planificado, pero lo colectivo sincronizó las agujas del reloj y nos encontró trabajando juntos. La compleja problemática enunciada en simples palabras, la insuficiente existencia de políticas públicas implicó un desafío, empezar de a poco a transitar su transformación, garantizando al menos un espacio de escucha, de diálogo y de problematización; entendiendo que su abordaje implicaba más que un manajo de teorías y encuentros semanales. Las incertidumbres, las dudas, los desafíos fueron el motor del trabajo con los otros, pero también la escucha entre todos los que participaron del proceso de intervención profesional y entendemos, esta es la manera de generar posibilidades de construcción de estrategias conjuntas que posibiliten la creación de espacios de reflexión, problematización y construcción de intervenciones concretas a una problemática compleja.

BIBLIOGRAFÍA.



Bibliografía

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la Cepal*, 36.
- Acevedo, P. (2015). La Organización de la Sociedad, Las Organizaciones Comunitarias en el Contexto. En *Teorías, Espacios y Estrategias de Intervención II*.
- Acevedo, P., Artazo, G., & López, E. (2007). *La concepción y nominación de los sujetos como manera de constituirlos*.
- Alvarez Gómez, N. (2016). El concepto de Hegemonía en Gramsci: Una propuesta para el análisis y la acción política. *Estudios sociales contemporaneos*.
- Alegret, R., & Urbano, A. (2002-2005). Locura y Derechos Humanos. *Revista publicada por el departamento de Psicología del HNP*, 107-115.
- Amico, L. (2005). *La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención*. Buenos Aires: Espacio.
- Amorín, D. (1996). *Apuntes acerca de lo interdisciplinario y salud-enfermedad, como marco para la psicología evolutiva*. Uruguay: S/D
- Aquín, N. (1996). *La relación sujeto-objeto en trabajo social: una resignificación posible*. Córdoba.
- Aquín, N. (2013). Intervención social, distribución y reconocimiento en el postneoliberalismo. *Debate Público*.
- Arguete, G. (2011). *Redes. Una propuesta organizacional alternativa*. S/D.
- Arias, A. (2016). Instituciones, intervención y encuentro con el otro. *Revista de políticas sociales*, 36.
- Bonafé, L., Brocca, M., Buriyovich, J., Garbarino, E., Gezmet, S., Luque, L., y otros. (2013). *Mirar tras los muros. Situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba*. Córdoba: Uniro.
- Bru, G. S. (2012). *La interdisciplina como utopía*. Mar del plata: S/D.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (S/D). *Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio*".
- Chacarelli, M., & Isaia, M. (2016). La gestión de políticas y programas sociales con enfoque de derechos en un contexto de cambios de la institucionalidad social. Desafíos para los trabajadores sociales., (pág. 2). La Habana, Cuba.

- Chiara, M., & Di Virgilio, M. M. (2009). *Gestión de la Política Social. Conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo.
- Constitución Nacional Argentina (3 de enero de 1995) Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>. Consultado el 12 de agosto de 2018.
- Dirección General de Salud Mental. (24 de 11 de 2017). Anexo - Resolución N° 1972/MSGC/17. *Proyecto de inclusión sociolaboral y cultural*. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Ferrandi, D. (2010). *La salud: opciones y paradigmas*. S/D.
- Foucault, M. (1961). *La historia de la locura en la época clásica*.
- Galeano, E. (1989). *El libro de los abrazos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- González, C., & Nucci, N. (2005). Enseñar a intervenir con familias: algunas reflexiones desde el trabajo social. *Escenarios*.
- Grassi, E. (2003). Estado, cuestión social y políticas sociales.
- Gutierrez, A. (2004). *Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba: Ferreyra editor.
- Iamamoto, M., & Carvalho, R. (1992). *Relaciones Sociales y Trabajo Social. Esbozo de una interpretación histórico -metodológica*. Lima.
- Isaía, M. (2014). *La definición de los problemas públicos y la formación de la agenda gubernamental*. Córdoba: UNC.
- Kaminsky, G. (1994). *Dispositivos Institucionales. Nueva visión*.
- Ley N° 22.431. (2 de enero del 2003). Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20620/texact.htm>
- Ley Nacional de Empleo N° 24.013 . (5 de diciembre del 1991). Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/412/texact.htm>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (9 de diciembre del 2010). Ley Nacional de Saludo Mental N° 26.657. Argentina.
- Martinez, J., & Prietto, R. (S/D). *Hegemonia y democracia en el siglo XXI: ¿Porque Gramsci?* Obtenido de <https://www.uv.es/cefd/15/rodriguez.pdf>. Consultado: 25 de mayo del 2018.

- Menendez, E. (1988). *Modelo medico hegemónico y atención primaria*. Obtenido de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practic as_profesionales/825_ro1_psicologo/material/descargas/unidad_2/obligatoria/model o_medico_hegemonico.pdf. Consultado 09 de Agosto del 2017.
- Morin, E. (1998). *El pensamiento complejo*. España: Editorial Gedisa.
- OMS. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/mental_health/es/. Consultado el 12 de noviembre del 2017.
- Oszlack, & O'Donnell. (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: Redes.
- Parra, G. (1999). *EL OBJETO Y EL TRABAJO SOCIAL Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social*. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000419.pdf>. Consultado 12 de octubre del 2017.
- Peralta, M. (2012). *Diseño de estrategias de intervención*. Córdoba.
- Peressotti, C. (2017). *Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad*. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Rodriguez, M., & Taborda, A. (2015). Diseño Estratégico de procesos de actuación profesional. En C. ". *Estratégica, Planificación Social Estratégica*. Córdoba.
- Sierra, N. (2016). Presencia constante. *Revista de Políticas Sociales*, 37.
- Skliar. (2010). De la razón jurídica hacia una ética peculiar. A propósito del informe mundial sobre el derecho a la educación de personas con discapacidad. *Política y sociedad*, 153-164.
- Skliar, C. (2001). *¿Y si el otro no estuviera ahí? Notas para una pedagogía (improbable) de la diferencia*. Buenos Aires.