Facultad de
Trabajo Social
Ministerio de Educación
Universidad Nacional de Entre Ríos
Centro de Documentación
"Alumna Silvia Waller"
Inventario: T.2212
Signatura: 15981

T2212

2016

Facultad de
UNER Trabajo Social
Ministerio de Educación
Universidad Nacional de Entre Ríos
Biblioteca y Centro de Documentación
"Alumna Silvia Weller"
Inventario: T.2212
Signatura:

Facultad de
UNER Trabajo Social

SEMINARIO DE TESINA y TESINA

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

Significaciones de trabajo en clave de trayectorias laborales y sociales. El caso del taller de vivero y jardinería del Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná.

BRENDA FERCHER

Asesora temática: Lic. En Trabajo Social Georgina Burgoa.
Resolución CD Nº 479/15

Cohorte 2015

"A quien juzgue mi historia, le presto mis zapatos"

"yo no juzgo a nadie cada uno tiene sus problemas, está bien" (...) Yo hago mi vida normal como toda persona normal, está bien dirán porque yo caí acá, hay gente que se burlaba de mí, que era el loco... yo tuve muchos problemas antes de caer acá, a mí me hicieron una discriminación. A mí y a mi familia. Yo se que la gente habla cosas y ellos no están en las cosas que nosotros pasamos en la vida (...) lo único que a mí me molesta es la discriminación, la gente de afuera piensa que nunca va a caer (...) lo que veo es que los de afuera, ohh viste, porque el loco aquello, el loco esto. Ellos no ven que un futuro también ellos pueden caer". (Emanuel octubre 2015)

ÍNDICE

RESUMEN Pp. 5

INTRODUCCION Pp. 7

CAPITULO 1: CONSTRUCCION DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática y planteo de la pregunta problema. Pp. 13
1.2 Justificación del problema. Pp. 17
1.3 Relevancia social y académica. Pp. 18
1.4 Objetivos de la investigación. Pp. 19
1.5 Antecedentes- estado del arte. Pp. 20
1. Salud Mental y Ciudadanía. Pp. 20
2. Salud Mental y Trabajo. Pp. 22
3. Recuperación de trayectorias. Pp. 26
4. Los debates actuales, el aporte de la tesina. Pp. 28

CAPITULO 2: MARCO TEORICO. CLAVES PARA LA LECTURA

2.1 Salud Mental como campo. Pp. 31
2.2 En relación a la categoría Trabajo. Pp. 36
2.3 Qué entendemos por Significaciones. Pp. 46
2.4 Acerca de la noción de Trayectorias. Pp. 46

CAPITULO 3: DIMENSION DE LA ESTRATEGIA GENERAL. TECNICAS DE RECOLECCION Y ANALISIS DE INFORMACION

3.1 Tipo de diseño. Pp. 50
3.2 Selección de contexto, terreno, unidad de estudio. Pp. 51
3.3 Universo. Pp. 52
3.4 Unidad de análisis. Pp. 52
3.5 Muestra. Pp. 52
3.6 Técnicas de recolección de datos. Pp. 53
3.7 Métodos de análisis de datos empíricos. Pp. 56
3.8 Rol del investigador esperado. Pp. 58

CAPITULO 4: ACERCA DEL CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

4.1 Dimensión histórica del Campo de la Salud Mental. Pp. 60
4.2 Acerca del Hospital Escuela de Salud Mental. Pp. 71

CAPITULO 5: RECONSTRUYENDO LA HISTORIA DEL TALLER DE HUERTA TALLER DE VIVERO Y JARDINERIA "EL ESFUERZO Y LA ESPERANZA"

5.1 Para situarnos.../Dispositivo de Atención Psicosocial /Hospital De Día. Pp. 78
5.2 Como todos le dicen... "la huerta". Pp. 80
5.3 Programa de Entrenamiento Laboral. Pp. 84
5.4 Entre los discursos y las prácticas: ¿sustitutivo o alternativo? Pp. 86

CAPITULO 6: PRESENTACIÓN DE LOS SÍ MISMOS

Emanuel Pp. 89
Adriano Pp. 90
Rulo Pp. 91
Marta Pp. 93
Sonia Pp. 95
Marcos Pp. 96
Carlos Pp. 97
Lalo Pp. 98
Franco Pp. 98

CAPITULO 7: EL TALLER Y SU IMPLICANCIA EN LA VIDA COTIDIANA

7.1 Vida cotidiana. Pp. 101
7.2 La relevancia del PEL. Pp. 103
7.3 La huerta un espacio terapéutico-laboral. Pp. 109

CAPITULO 8: ¿EL TRABAJO DE HUERTA COSA DE HOMBRES?

8.1 Género y división sexual del trabajo. Pp. 113
8.2 Género y Salud Mental. Pp. 118

CAPITULO 9: MI ENFERMEDAD MENTAL TIENE TRATAMIENTO, ¿TU PREJUICIO TIENE CURA?

9.1 Representaciones sociales, locura y estigma. Pp. 121
9.2 Locos, pobres ¿y la familia? Pp. 126
9.3 De trayectorias laborales y sociales, el lugar de la institución psiquiátrica. Pp. 131

CONSIDERACIONES FINALES Pp. 134

BIBLIOGRAFIA

Teórica Pp. 138
Metodológica Pp. 141

ANEXO Pp. 142

RESUMEN

Palabras clave: *Salud Mental como campo, Trabajo, Significaciones, Trayectorias.*

La investigación que aquí se presenta fue realizada en el marco del Seminario de Tesina y Tesina de la Lic. En Trabajo Social de la Facultad de Trabajo Social-UNER.

El objeto de estudio se constituyó en torno a las *Significaciones de trabajo en clave de trayectorias laborales y sociales. El caso del taller de vivero y jardinería del Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná*. Siendo que la pregunta que orientó su desarrollo fue ¿Cuáles son las significaciones sobre el trabajo, en clave de trayectorias laborales y sociales, que tienen los usuarios del taller de vivero y jardinería que se implementa en el Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná?

Este objeto fue posible de ser construido en mi transcurso por el taller de huerta del Hospital Escuela de Salud Mental en el marco de las prácticas pre profesionales. Esta experiencia me habilitó a formular diversos interrogantes a partir de los cuales fui centrando mi mirada en tratar de comprender las significaciones que los usuarios le daban al dispositivo socio-ocupacional-laboral. Se tornó ineludible rastrear las significaciones de trabajo que ellos poseen, conocer cómo viven el día a día, las dificultades que enfrentan y cómo significan el taller de huerta, a qué llaman trabajo y cuáles son los deseos puestos en relación al mismo. Por lo tanto la resolución metodológica de esta investigación se inscribió en un diseño de tipo cualitativo desde un enfoque de narrativas biográficas. Entendiendo que esta estrategia metodológica se presenta como la más adecuada para poder recuperar la palabra de los talleristas en primera persona y así reconstruir sus relatos de experiencias pasadas a partir de un relato desde el presente, para ahondar puntualmente en las significaciones que los mismos tienen sobre el trabajo.

El objetivo general del presente estudio fue *describir y analizar las significaciones sobre el trabajo que poseen los usuarios del taller de vivero y jardinería del HESM*

en clave de trayectorias laborales y sociales. A su vez para la consecución de dicho objetivo he formulado cuatro objetivos específicos, los cuales apuntan a: *Reconstruir la trayectoria laboral y social de los usuarios; Describir y analizar las significaciones que tienen los usuarios en torno al trabajo; Indagar en el proceso de construcción del dispositivo de vivero y jardinería; y Analizar la implicancia del dispositivo en la vida cotidiana de sus talleristas.*

El trabajo de campo estuvo compuesto de diferentes instancias en las cuales articulé entrevistas individuales, técnicas grupales, observaciones participantes del taller, lecturas de historias clínicas y bibliográficas. El mismo lo llevé a cabo en el año 2015 entre los meses de septiembre y diciembre, retomándolo en una segunda instancia de profundización de los datos obtenidos en el mes de abril y mayo del 2016.

Algunos de los resultados que arrojó este estudio tienen que ver con que pude comprender el significado que para los usuarios tiene el dispositivo de huerta: se trata de un espacio clínico laboral, en el cual se pone en juego que sea a la vez un trabajo para ellos, lo que queda plasmado en la importancia del rédito económico, la fijación de días y horarios, y las decisiones que giran en torno a estas pautas; y a la vez es un espacio clínico que produce la generación de transformaciones en la vida cotidiana de estos sujetos a partir de relacionarse con otros. También a partir de la participación en este espacio empiezan a organizar otras esferas de su vida, cuando fueron las elecciones nacionales se planteó la necesidad de capacitación respecto del mecanismo de votación; la inscripción en IAPV para obtener una vivienda; solicitud de luz eléctrica, gas y agua potable en algunos casos; el conocimiento del manejo institucional frente a la solicitud de determinados trámites, en este caso el funcionamiento burocrático para el otorgamiento del Programa de Entrenamiento Laboral. Todas estas cuestiones dan cuenta de una mejora en la calidad de vida de estos sujetos, que comienzan a partir de prácticas sustitutivas y de ruptura con la lógica manicomial a hacer reclamos ciudadanos.

INTRODUCCION

Construyendo el problema

Este trabajo es producto no solo del seminario de tesina, sino que va mas allá, es producto de mis años en la universidad, de mi transitar académico y de mi central interés por el campo de la Salud Mental y las transformaciones que se vienen produciendo en el mismo desde hace algunas décadas.

El objeto de estudio que aquí se aborda, se origina a partir de mi proceso de prácticas pre profesionales en el Hospital Escuela de Salud Mental, realizadas en el año 2013 en el taller entonces denominado como Huerta Orgánica La Productiva, hoy en día taller de Vivero y Jardinería.

En ese entonces pude observar cómo los usuarios iban consolidando este servicio de Salud Mental como un espacio con una fuerte impronta laboral, donde cobraban una relevancia cada vez mayor la división de tareas, la toma conjunta de decisiones, la importancia de la asistencia al espacio y destacándose como central la remuneración económica. A partir de esto comencé a interesarme por tratar de comprender las significaciones que los talleristas daban a la huerta partiendo de sus propias experiencias, por lo cual se tornó ineludible rastrear las significaciones de trabajo que ellos poseen en clave de trayectorias laborales y sociales. Conocer cómo viven el día a día, las dificultades que enfrentan y cómo significan el taller de huerta, a qué llaman trabajo y cuáles son los deseos puestos en relación al mismo.

La complejidad que reviste este campo, permite vislumbrar múltiples entrecruzamientos, que van más allá de la dimensión subjetiva ya que hablamos aquí de seres sociales. Cruces que serán visibles al lector a partir de la presentación de los "sí mismos", donde es posible advertir que la fragilidad de los lazos, la pobreza, la exclusión, la vulnerabilidad, la discriminación, el estigma, son rasgos comunes presentes en los sujetos que son los protagonistas de la investigación. Fue el contacto cotidiano con ellos lo que me impulsó a trabajar en

la recuperación de sus voces, de sus historias, muchas veces silenciadas por el manicomio, rastros de vida borrados por la locura.

Es por lo anterior que mi apuesta comenzó centrándome en poder reflexionar en torno a cómo fue pensado y construido este dispositivo por los profesionales, cómo se implementó, cómo se pensó lo laboral en relación a lo terapéutico, cómo se enmarca un dispositivo sustitutivo de las lógicas manicomiales y el trabajo al interior del manicomio.

La pregunta problema que guió el desarrollo de la investigación es la siguiente: *¿Cuáles son las significaciones sobre el trabajo, en clave de trayectorias laborales y sociales, que tienen los usuarios del taller de vivero y jardinería que se implementa en el Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná?*

Del diseño de la investigación

Se trata de una investigación de tipo cualitativo que pone énfasis en la recuperación de las voces de los sujetos entrevistados. Los mismos son usuarios de un dispositivo de intervención de Salud Mental, por lo cual las reflexiones que aquí se presentan se encuentran atravesadas por la complejidad de dicho campo.

Componen el *marco teórico* cuatro categorías centrales: Salud Mental como campo, trabajo, significaciones y trayectorias.

El objetivo general es *describir y analizar las significaciones sobre el trabajo que poseen los usuarios del taller de vivero y jardinería del HESM en clave de trayectorias laborales y sociales.* A su vez para la consecución de dicho objetivo he construido cuatro objetivos específicos, los cuales apuntan a: *Reconstruir la trayectoria laboral y social de los usuarios; Describir y analizar las significaciones que tienen los usuarios en torno al trabajo; Indagar en el proceso de construcción del dispositivo de vivero y jardinería; y Analizar la implicancia del dispositivo en la vida cotidiana de sus talleristas.*

Acerca del trabajo de campo y análisis del corpus empírico

Durante el trabajo de campo implementé diversas técnicas de recolección de datos a saber: observación, técnicas grupales, entrevistas, registro y análisis de historias clínicas.

En un primer momento llevé acabo entrevistas a las profesionales coordinadoras del taller de vivero y jardinería: Lic. En Nutrición y Lic. En Trabajo Social, para conocer los fundamentos del taller, su proyecto y su modo de implementación, así como también la composición del grupo. También me aboqué a la lectura y análisis de historias clínicas para la reconstrucción de las trayectorias laborales y sociales de los sujetos, así como a la realización observaciones participantes del taller y registro escrito de las mismas.

Luego procedí a la implementación de técnicas grupales en taller para que el grupo pueda compartir sus experiencias y para poder vislumbrar su dinámica de trabajo, esto fue acompañado de entrevistas individuales con los usuarios.

Es importante destacar que todas estas instancias estuvieron acompañadas de una constante reflexión crítica, problematización, análisis y sistematización de los datos obtenidos, los cuales derivaron en nuevas búsquedas teóricas, que a la vez posibilitaron establecer nuevas coordenadas para el desarrollo del trabajo de campo. En fin, se apuntó a un proceso dialéctico de confrontación de la teoría con la empírea, característico de los diseños metodológicos inscriptos en una lógica de resolución cualitativa.

De este modo los datos relevados fueron analizados a partir del análisis documental de historias clínicas, y de escritos respecto del taller; también se implementaron el método comparativo constante de Glaser y Strauss y el análisis de frases significativas. Estos fueron recursos fundamentales para la construcción del análisis de los datos obtenidos que permitieron una tensión analítica entre los sujetos entrevistados a lo largo de todo el trabajo.

Lógica de presentación de los resultados

Este trabajo consta de nueve capítulos los cuales se organizan de la siguiente manera:

En el *capítulo primero* se da cuenta de la delimitación del objeto de estudio. En el mismo se presenta la construcción de la situación problemática y el planteo de la pregunta problema. A continuación se justifica la elección del problema de estudio dando cuenta de su relevancia social y académica, seguido de esto se mencionan los objetivos de la investigación. Para cerrar este capítulo se presentan los antecedentes relevados.

El *capítulo segundo* se corresponde con el desarrollo del marco teórico de la investigación, donde se presentan y problematizan las cuatro categorías centrales: Salud Mental como Campo, Trabajo, Significaciones y Trayectorias. Tiene como fin servir de guía al lector para facilitar la comprensión del sentido que se le pretendió dar al trabajo.

En el *capítulo tercero* se exponen las decisiones metodológicas tomadas. Abordando el tipo de diseño elegido, la presentación del contexto, la construcción del universo de estudio, de la unidad de análisis y de la muestra. Cerrando el capítulo con la selección de técnicas de recolección y de análisis de los datos implementados.

El *capítulo cuarto* consta de dos partes, la primera donde se trabaja la dimensión histórica del campo de la Salud Mental, abordando inicialmente el siglo XVIII en Europa, para luego trasladarnos específicamente a Argentina a la creación de los primeros hospicios y puntualmente a la emergencia del Campo de la Salud Mental en nuestro país. Seguido de la cual se presenta una segunda parte donde se presenta el contexto de estudio de la investigación realizada, es decir, se habla acerca de la historia y el presente del Hospital Escuela de Salud Mental.

En el *capítulo quinto* el lector se encontrará con la reconstrucción de la historia del taller de vivero y jardinería, situándonos en el contexto institucional del Hospital Escuela de Salud Mental.

En el *capítulo sexto* se expone la construcción de los sí mismos, donde se recuperan las trayectorias laborales y sociales de los sujetos entrevistados. Recuperar la historia de estos sujetos fue y es un instrumento imprescindible para situarlos como sujetos históricos-sociales, y permitió ir armando sus trayectorias de vida y así tener algunos indicios de cómo esas marcas se plasman en su cotidianeidad, en su andar, en su transitar, ya que la historia de una persona nos habla del modo en el que ese sujeto en particular ha recorrido el mundo.

En el *capítulo séptimo* se trabaja la implicancia del taller en la vida cotidiana de sus usuarios, haciendo hincapié en la relevancia del Programa de Entrenamiento Laboral en el funcionamiento del mismo.

En el *capítulo octavo* se exponen las tensiones halladas entre la categoría género y división sexual del trabajo, así como también entre la noción de género y Salud Mental.

En el *capítulo noveno* recuperando las trayectorias laborales y sociales de los sujetos entrevistados, se trabajan de forma integrada las siguientes categorías: locura, representaciones sociales, estigma, familia y pobreza.

Seguido de esto, el lector encontrará las *consideraciones finales* que no pretenden ser conclusiones acabadas sino que las mismas responden a reflexiones que fueron surgiendo durante el proceso de investigación y que quedan como interrogantes abiertos, que podrán ser retomados en investigaciones futuras.

Para finalizar, presento un *anexo* en el cual decido compartir una de las entrevistas grupales realizadas durante el trabajo de campo. Con el fin de mostrar la dinámica que se generaba con la implementación de esta técnica, así como demostrar que se trata aquí de un trabajo auténtico.

CAPITULO PRIMERO

Construcción del problema

Como mencionara en la introducción, en este capítulo se aborda la construcción del objeto de estudio, pasando desde el planteo de la situación problemática y por qué se considera como tal, hasta la delimitación de la pregunta problema. Justificando la elección del mismo, dando cuenta de su relevancia social y académica y exponiendo los objetivos de la presente investigación.

1.1 Situación problemática y planteo de la pregunta problema

Partiendo de entender al Campo de la Salud Mental como un objeto de intervención complejo; en el cual se debe considerar la multiplicidad y coexistencia de prácticas y saberes; es que pretendo plantear los acontecimientos y prácticas actuales de dicho campo en relación al trabajo, desde la idea de una problemática social compleja entendida según A. Carballeda (2007) como *"una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación".* (Pp. 2)

Históricamente los usuarios de los servicios de Salud Mental han visto vulnerado su derecho al trabajo, debido a su condición psicosocial, por discriminación, por representaciones sociales estigmatizantes que producen exclusión, lo cual se constituye las más de las veces en un obstáculo simbólico para la accesibilidad.

Para abonar a la construcción de este problema de estudio, pretendo remarcar algunas cuestiones que tienen que ver con la historia del campo de la Salud Mental y los diferentes significados asignados al loco, a la locura, y el lugar del trabajo, para lo cual recurro a los aportes de Paulo Amarante, en su libro Superar el Manicomio (2009). El autor nos dice que en la Edad Media la locura se asociaba a múltiples interpretaciones que iba desde dioses a demonios; desde el siglo XVII hasta la Revolución Francesa se producen modificaciones en los modos de producción, y la población se valora en relación a su utilidad para el trabajo, dirá el autor. En este punto se hace indispensable mencionar el surgimiento del alienismo como primera interpretación científica de la locura.

En el siglo XVII el hospital general, dirá Amarante *"surge como un nuevo lugar social para el loco y la locura en la sociedad occidental cumpliendo funciones de orden social y político"* (Pp. 27). Todo aquel considerado sin razón debía ser encerrado para ser tratado moralmente y separado del ambiente donde se encontraban las causas de su enfermedad. El sin razón no era apto para el trabajo y por ende para la vida en comunidad. Desde aquí vemos como el loco, era también inútil para el sistema económico. Este fenómeno se conoció como el gran encierro ya que no solo se internaba a los locos, *"se destinaba a los pobres de todos los sexos, lugares y edades, de cualquier calidad y nacimiento, en cualquier estado en que se encuentren, válidos e inválidos, enfermos o convalecientes, curables o incurables"*. (Ídem)

Con el advenimiento de la modernidad el hospital fue mutando desde sus funciones de caridad a un nuevo objetivo: tratar a los enfermos, constituyéndose así en una institución médica. Con el transcurso de los años se pueden apreciar diferentes movimientos de reforma y ruptura[1] que intentan (y continúan intentando) introducir modificaciones y reducir la hegemonía a las prácticas llevadas adelante desde la lógica manicomial, que comienza a erigirse con el "gran encierro" y aún continua imperante.

Como dice Emiliano Galende (2008):

> Las propuestas de reforma en el campo de la Salud Mental se orientan a desarrollar servicios centrados en la comunidad, desde la perspectiva de la atención primaria de la salud, como una forma de dar respuesta a la problemática de la exclusión de las personas con sufrimiento mental. De esta forma se cuestiona el papel central que tiene el Hospital Psiquiátrico y la internación, como única respuesta para abordar dicha problemática, estableciendo una estrategia de desinstitucionalización y ubicando en primer plano los Derechos Humanos de las personas que atraviesan situaciones de sufrimiento mental.

[1] Es Amarante quien en su libro Superar el Manicomio (2010) trabaja los movimientos de reforma y ruptura de la Psiquiatría: La Política del Sector Francés, La Psiquiatría Comunitaria en Estados Unidos, La Desinstitucionalización Italiana, La Reforma Psiquiátrica Brasilera. Ver Pp. 37

Es así que, posicionada desde la perspectiva que considera al usuario de los servicios de Salud Mental como un sujeto de derechos y ciudadano, y entendiendo el trabajo genuino como derecho que debe ser garantizado; me propongo indagar el caso del taller de Vivero y Jardinería del Hospital Escuela de Salud Mental, recuperando las voces de sus usuarios, su relato, la forma en la que cada uno llega al hospital, cómo ha sido su transcurso por la institución; reconstruyendo fundamentalmente las significaciones acerca del trabajo que estos usuarios tienen en el marco del mismo y qué implicancias tiene en su vida cotidiana.

Este objeto de estudio, se origina a partir de mi proceso de prácticas pre profesionales en el Hospital Escuela de Salud Mental, realizadas en el año 2013 en el taller entonces denominado como Huerta Orgánica La Productiva, hoy en día taller de Vivero y Jardinería, pude observar cómo los usuarios iban consolidando este servicio de Salud Mental como un espacio con una fuerte impronta laboral. En el mismo se podía vislumbrar la división de tareas, la toma conjunta de decisiones, la importancia de la asistencia al espacio, apareciendo como central la remuneración económica.

Siguiendo los lineamientos de la Ley antes mencionada, este taller enmarcado en las políticas de desmanicomialización fue pensado con eje la inclusión socio-laboral sin perder de vista su veta terapéutica a través de la producción de lazos sociales. La referencia a la reciente ley de Salud Mental tiene que ver con que promueve en su Artículo 11 la creación de *"servicios de inclusión socio-laboral"* los que *"deberán contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria"*.

Este servicio brinda la posibilidad de articular el trabajo a un proceso de tratamiento propiciando una instancia de producción de lazos sociales en los cuales se generan rupturas como consecuencia del sufrimiento y propone además la oportunidad subjetiva de transformarse en protagonista en lugar de asistido, favoreciendo la circulación social como ciudadanos y la autonomía. Supone la compleja relación entre la producción de bienes y servicios y la producción de

subjetividad. Tiene como horizonte de sentido político no solo el trabajo, sino lo terapéutico ya que permite producir algunos movimientos, micro transformaciones en la vida cotidiana de los usuarios, en los cuales se presentan dificultades en la organización de ese cotidiano contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los sujetos.

En este sentido, la desmanicomialización no es solo la ruptura de barreras físicas o geográficas, sino la construcción de nuevos vínculos que rompan con las relaciones jerárquicas típicas del manicomio y posibilite el intercambio, propiciando la toma de decisiones y la participación como forma de expresión de los sujetos.

Por todo lo anterior es que me cuestiono acerca de ¿Qué tensiones se presentan entre la categoría trabajo y salud mental históricamente? ¿Qué implica pensar un dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial, al interior del manicomio? ¿Sustitutivo o alternativo? ¿Qué implicaría pensar un dispositivo de este tipo por fuera del manicomio? ¿Qué implica pensar lo laboral al interior del manicomio? ¿Qué experiencias pueden traerse a la luz a partir de escuchar las voces de los usuarios? ¿Qué implicancias tiene en la vida cotidiana de los usuarios la participación en este tipo de espacios? ¿Cómo se piensan ellos? ¿Qué pasa con los procesos identitarios en estos grupos?

Los supuestos que aparecen detrás de la construcción de este problema de investigación tienen que ver con que considero que los usuarios viven el taller de Vivero y Jardinería como un trabajo, este será mi punto de partida, para poder desentrañar cuáles son las significaciones que cada uno de ellos tiene respecto del trabajo. ¿Será la huerta un trabajo para sus usuarios?

La pregunta problema de esta investigación es: *¿Cuáles son las significaciones sobre el trabajo, en clave de trayectorias laborales y sociales, que tienen los usuarios del taller de vivero y jardinería que se implementa en el Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná?*

Para responder a la pregunta central de este estudio me pareció importante construir sub preguntas que aporten al desarrollo de la pregunta central:

¿Cuál es la historia del taller de Vivero y Jardinería? ¿Qué características tiene este taller? ¿Qué entienden por trabajo los usuarios de este taller? ¿Qué implicancias tiene en la vida cotidiana la participación de los usuarios en este espacio? ¿Cuáles son las trayectorias laborales y sociales de los usuarios?

1.2 Justificación del problema

El interés por este tema surge a partir del proceso de prácticas pre profesionales antes mencionado.

Como fruto de mi transcurso por el Hospital Escuela de Salud Mental, construí diversos interrogantes, a partir de los cuales fui centrando mi mirada en tratar de comprender las significaciones que los usuarios le daban a este tipo de taller socio-ocupacional-laboral.

Poder reflexionar en torno a cómo fue pensado y construido este dispositivo por los profesionales, cómo se implementó, cómo se pensó lo laboral en relación a lo terapéutico, cómo se enmarca lo sustitutivo al interior del manicomio, y cómo se enmarca el trabajo al interior del mismo.

La complejidad que reviste este campo, permite vislumbrar múltiples entrecruzamientos, que van más allá de la dimensión subjetiva ya que hablamos aquí de seres sociales. Cruces que serán visibles al lector a partir de la presentación de los "sí mismos", donde es posible advertir que la fragilidad de los lazos, la pobreza, la exclusión, la vulnerabilidad, la discriminación, el estigma son rasgos comunes presentes en los sujetos que son aquí los protagonistas de la investigación. Fue el contacto cotidiano con ellos lo que me impulsó a trabajar en la recuperación de sus voces, de sus historias, muchas veces silenciadas por el manicomio, rastros de vida borrados por la locura.

Se tornó ineludible rastrear las significaciones de trabajo que ellos poseen, como viven el día a día, las dificultades que enfrentan y cómo significan ellos el taller de huerta, a qué llaman trabajo y si pretenden conseguir un trabajo o no, sus deseos.

Sumado a lo anterior la centralidad de mi interés alrededor de la categoría trabajo se produce en un momento histórico en el cual hay una abrupta caída del empleo y un número significativo de nuevos pobres en el país. En este sentido surge la inquietante pregunta por el futuro de la sociedad, y así mismo me pregunto, ¿si históricamente para un ser humano "normal" ha sido difícil conseguir un trabajo formal y estable, qué resta para estos sujetos considerados anormales e inútiles para el sistema? Una de las respuestas que da el Estado son los programas sociales, en este caso el Programa de Entrenamiento Laboral el cual se implementa en el taller de Huerta, pero el mismo debiera ser una herramienta temporal y de capacitación para los usuarios, y en la mayoría de los casos, termina siendo una opción permanente de trabajo. No quisiera generalizar porque cada situación es particular pero en tres años todos los usuarios ambulatorios del taller (lo cual quiere decir que son sujetos que no se encuentran internados en una institución psiquiátrica) siguen teniendo este espacio como única opción laboral.

1.2 objetivos de la investigación

El objeto de este estudio son las *Significaciones de trabajo de los usuarios del taller de vivero y jardinería del Hospital Escuela de Salud Mental en clave de trayectorias laborales y sociales.*

De lo anterior se desprende que el objetivo principal sea: *Describir y analizar las significaciones sobre el trabajo que poseen los usuarios del taller de vivero y jardinería del Hospital Escuela de Salud Mental en clave de trayectorias laborales y sociales.*

A su vez para la consecución de dicho objetivo he formulado cuatro objetivos específicos, los cuales apuntan a: *Reconstruir la trayectoria laboral y social de los usuarios; Describir y analizar las significaciones que tienen los usuarios en torno al*

trabajo; Indagar en el proceso de construcción del dispositivo de vivero y jardinería; y Analizar la implicancia del dispositivo en la vida cotidiana de sus talleristas.

1.4 Relevancia social y académica

Al momento de investigar para esta tesina, me encontré con una vacancia en el tema. La relación Salud Mental y Trabajo desde la perspectiva de los usuarios, realizada desde el Trabajo Social es un tema poco investigado.

Mi anhelo es que esta producción, aporte al debate al interior del campo de la Salud Mental y al proceso de reforma que se está llevando a cabo en el mismo. El proceso de desmanicomialización y transformación de las prácticas institucionalizadas de atención en Salud Mental, requieren de profesionales activos y comprometidos en pos de una transformación que traspase las barreras físicas del manicomio. Es decir se requiere la transformación de las prácticas de atención y tratamiento pero a sí mismo es fundamental la modificación de imaginarios sociales, ambas cuestiones van de la mano.

Esta tesina se enmarca en la defensa de los Derechos de las personas, en la necesidad de tornar visibles las prácticas, y la ineludible tarea de problematizar, interrogarnos acerca de las mismas, acciones fundamentales para la construcción y consolidación de un pensamiento crítico.

Es a partir de la inmersión en el complejo campo de la Salud Mental que se pueden vislumbrar las diversas perspectivas en juego y el gran número de disciplinas que intervienen en el mismo

Es por lo anterior que pretendo que este aporte contribuya a generar conciencia en la sociedad, a modificar imaginarios y representaciones sociales sobre la locura, motivos principales por los cuales me interesa rescatar las voces de diferentes actores, sus historias de vida, muchas veces aplacadas, borradas, silenciadas por la vida en el manicomio. Y fundamentalmente que produzca

aportes e interrogantes en las intervenciones propias del trabajo social, las cuales aparecen en diversos campos disputando un lugar de saber y de intervención.

Por último es importante destacar la necesidad de la articulación entre la investigación y la intervención profesional, es a través de la elaboración de este estudio que estoy aportando a la construcción de conocimientos escritos. La escritura y la palabra son herramientas fundamentales en la profesión, siempre y cuando vayan acompañadas del conocimiento y del pensamiento crítico.

1.5 Antecedentes- Estado del Arte

A continuación presentaré los antecedentes de esta investigación, los cuales decidí organizar metodológicamente por ejes.

1- Salud Mental y Ciudadanía.

2- Salud Mental y Trabajo.

3- Recuperación de trayectorias

Es importante mencionar que para la construcción de los antecedentes, he incursionado en las tesis de grado y de maestría de nuestra casa de estudios, así como también he recurrido a artículos digitales de otros países y otras disciplinas. Cabe aclarar que esta selección es arbitraria acorde a los objetivos propuestos.

<u>Eje 1:</u> Salud Mental y Ciudadanía.

Esther Custo publica, en el año 2008, un libro denominado **"Salud Mental y Ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social".** El mismo es producto de la investigación de tipo cualitativa que realizara la profesional para obtener el título de grado de Magíster en Salud Mental de nuestra casa de estudios.

Custo (2008) plantea que *"desde el campo profesional las estrategias de intervención constituyen un modo de vehiculización de los derechos sociales de ciudadanía favoreciendo la construcción de la salud mental"*. (Pp. 7)

La autora considera a la Salud Mental y a la ciudadanía *"como un proceso que se construye socialmente en cada momento histórico, político, económico y cultural, advirtiendo el papel que asume la ciudadanía en la práctica cotidiana de acuerdo como se ha configurado y producido la subjetividad"*. (CUSTO: 2008. Pp. 63) A su vez define a la Salud Mental (siguiendo a Bourdieu) como *"un campo de fuerzas, de lucha de sentidos, en el que se enfrentan y confrontan concepciones de lo sano y de lo enfermo en correspondencia con concepciones del hombre y de la sociedad"*. (CUSTO: 2008. Pp.19) La importancia de conceptualizar a la Salud Mental como campo, radica en que es inherente la disputa por un capital especifico, donde hay relaciones y luchas de poder, donde coexisten y disputan posiciones diversas y hasta antagónicas, lo que lleva a pensar que no hay un concepto univoco de qué es Salud Mental, y por ende formas de abordaje ni concepciones de sujetos.

A su vez realiza una recuperación histórica del campo de la Salud Mental, las transformaciones y diferentes concepciones que se fueron construyendo, a partir de los aportes de Emiliano Galende[2]. Retomando así la categoría "desinstitucionalización" que a su criterio se fue imponiendo con el fin de restablecer la ciudadanía a los enfermos mentales que había sido arrebatada por la institución asilar. Menciona un dato significativo que refiere al reconocimiento de los Derechos Humanos de los enfermos mentales, que tiene su antecedente en una Declaración de la Federación Mundial para la Salud Mental del año 1989 cuya reafirmación es dada por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU y posteriormente por la Declaración de Caracas.

[2] Galende E. (1994) Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica. Paidós, Bs. As

Respecto de la noción de ciudadanía, refiere a que la misma posee *"(...) múltiples sentidos, distintas concepciones, contenidos, significados, status y distinta relación con la tensión público-privado"*. (CUSTO: 2008. Pp. 44)

Custo (2008) afirma que:

> Es importante entender cómo se construye la ciudadanía en los procesos sociales que se inscriben en los distintos escenarios de la vida cotidiana (...) la ciudadanía y los derechos no son atributos naturales, están siempre en proceso de construcción y su definición dependerá de la participación ciudadana y de los resultados de la lucha política (...) la construcción de la ciudadanía plena está relacionada con la posibilidad de generar espacios donde los sujetos sean capaces de emanciparse de las limitaciones que les impone la pobreza y su condición de asistidos. (Pp. 48)

Una cuestión a destacar en las conclusiones de la autora es cómo aparece el trabajo asociado a la Salud Mental, es decir, vinculado a la producción de Salud Mental de los sujetos entrevistados, y como forma de inserción en la sociedad. Respecto de esto la autora menciona:

> El impacto que significa el no tener trabajo produce sufrimiento psíquico en los sujetos. Como consecuencia se agrava el padecimiento físico y simbólico, su identidad, su dignidad, sus derechos, generando sentimientos desvalorizantes que atentan contra la autoestima, operando en la subjetividad en forma traumática (...) el sufrimiento tiene que ver con el desgarro, con la destitución de la consistencia y la falta de solidez institucional que genera la lógica del mercado en la subjetividad. (CUSTO: 2008. Pp.70)

<u>Eje 2:</u> Salud Mental y Trabajo.

El Dr. **Parra Garrido Manuel**[3] escribe la publicación del mes de diciembre de 2001 de la revista ***"Salud Mental y Trabajo"*** Monografías de Gestión en Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Santiago.

[3] Egresado del Programa de Especialización en Psiquiatría Adultos y Gestión en Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Especialista en Salud

Lo fundamental de este artículo para mi investigación, es la apuesta por rescatar la veta productiva y terapéutica del trabajo, el cual considera el autor ha sido asociado en múltiples investigaciones al stress que el mismo ocasiona, resaltando el impacto negativo en la salud de los trabajadores.

Parra Garrido aborda la relación positiva entre Trabajo y Salud Mental, la base empírica para su producción son encuestas epidemiológicas; rescatando así al lugar de Trabajo como espacio para la promoción de la Salud Mental y la rehabilitación.

En este sentido Parra Garrido (2001) afirma:

> Las personas con problemas de salud mental se ven enfrentadas a dificultades institucionales, ambientales y barreras actitudinales para hallar trabajo o para retornar a su empleo después de un tratamiento. Se ha reportado que personas con depresión tienen dificultades para mantener una relación libre de estigma con sus empleadores; además se ve afectada la percepción que tienen los demás acerca de sus capacidades profesionales. (Pp. 9)

Es fundamental poder comprender la magnitud de la influencia del imaginario social y las representaciones sociales existentes respecto de la locura, y las marcas y estigmas que el atravesar un proceso de atención de un sufrimiento mental provoca.

Para este autor un paso fundamental es el reconocimiento de que los problemas de Salud Mental son importantes. Nos dice que una política de Salud Mental en el lugar de trabajo ayudaría a promover el bienestar psicológico, a reducir el estigma asociado a la enfermedad mental y entregar asistencia adecuada a los trabajadores que sufren estos padecimientos. Así mismo menciona la necesidad de un diálogo entre las diferentes disciplinas del campo de la Salud Mental para enriquecer las intervenciones.

Ocupacional, ex-jefe de Unidad de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en la Dirección del Trabajo del Gobierno de Chile; consultor del Centro de Estudios de la Mujer en temas de salud ocupacional y género.

En este mismo marco que me ofrece la Salud Mental y el Trabajo, me encuentro con la producción **"Perspectivas de los profesionales en el abordaje de la salud mental. El trabajo como promoción de salud"** de **Jesica Else**. Esta investigación corresponde a la tesina elaborada por su autora para obtener el título de Licenciada en Trabajo Social en el año 2014, de la Facultad de Trabajo Social-UNER. Su pregunta problema refiere *¿Qué Perspectivas se ponen en juego al momento de pensar al Trabajo en las Intervenciones en el Campo de la Salud Mental?* Construye su investigación desde un diseño cualitativo, donde su unidad de análisis fueron los profesionales que se desempeñan en los espacios laborales promovidos por el Hospital Escuela para los usuarios. Trabajando los conceptos de trabajo y vida cotidiana de Ana Quiroga. Plantea *"El trabajo como Promoción de Salud abordado desde: Impacto subjetivo; Como Ordenador de la Vida Cotidiana; Medio de subsistencia; Medio de creación, expresión y transmisión de pensamientos"*.

Esta producción contribuyó a mi apuesta de pensar el trabajo y su incidencia en la vida cotidiana de los usuarios así también como productor de subjetividad. Cabe aclarar que como mencionaba anteriormente su unidad de análisis fueron los profesionales coordinadores de los talleres laborales, en mi caso mi unidad de análisis son los usuarios de estos talleres, considerando fundamental recuperar la voz de los usuarios, revalorizar su discurso, sus palabras, las palabras del loco muchas veces silenciado e ignorado.

Adriana Vitelli[4], escribe un artículo en el año 2013 denominado **"Del trabajo como modo de subjetivación a los modos de subjetivación como construcción del trabajo"**[5]. La autora expone reflexiones sobre la relación entre Salud Mental y Trabajo, considerando las dificultades que se presentan a los usuarios de los servicios de Salud Mental con relación a la inclusión socio-laboral. Desarrolla el relato de la experiencia institucional del Centro de Rehabilitación

[4] Psicóloga, especialista en psicología clínica de la Universidad Nacional de Córdoba, actualmente Jefa de Servicio en Centro de Rehabilitación Socio Laboral en Salud Mental.

[5] En el libro: Trabajo, actividad y subjetividad. Debates abiertos Andrea Pujol y Constanza Dall´Asta (Comp.) Córdoba, 2013. E-book. Correspondiente al 1° Simposio sobre Trabajo, Actividad y Subjetividad (TAS) en Mayo de 2012, realizado en la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Socio Laboral de Córdoba, al cual pertenece, desde la perspectiva del trabajo como un modo de construcción de subjetividad. Menciona que la finalidad de esta institución es el desarrollo de acciones con eje en la rehabilitación, habilitación, y su objetivo más ambicioso es la inclusión social y laboral en la comunidad de personas que han padecido de problemáticas en su salud mental.

Vitelli (2012) afirma:

> El trabajo constituye un modo de transformar la realidad, un ejercicio en el proceso de constitución de subjetividad, y en este sentido me gustaría introducir un interrogante que podemos plantearnos desde las características de nuestro hacer: si pensamos el trabajo como un modo de subjetivación ¿podría pensarse que desde los modos de subjetivación del sujeto pudiera construirse el trabajo? (Pp. 202)

Este artículo me aporta conocimientos y reflexiones sobre una experiencia de empresa social, cuáles fueron sus objetivos y cómo fue pensada. Además contribuyó a mi apuesta para pensar al trabajo como constructor de subjetividades.

Otro de los antecedentes que ha sido sumamente clarificador y ha aportado a la definición del objeto problema, es el trabajo final de grado de la carrera de Terapia Ocupacional, de **Godoy, Lucia Evangelina y Peter Romina.** El mismo se denomina **"Los significados asignados al trabajo por los pacientes y terapistas ocupacionales de los talleres del Hospital "Dr. Antonio Roballos",** de la ciudad de Paraná presentado en el año 2005.

Los interrogantes que guian la investigación son *¿qué sentido le atribuyen al trabajo los pacientes y t. o. del Hospital Roballos?, ¿Cómo entienden la relación trabajo- salud mental*? Si bien este estudio pone en juego una reflexión acerca del ejercicio profesional de los terapistas ocupacionales y sus destinatarios, me sirve como antecedente por tener similares características al que llevé a cabo, se realiza en la misma institución, (ya que el Hospital Dr. Roballos a partir del año 2010 pasa a llamarse Hospital Escuela de Salud Mental), pero con la diferencia que mi unidad de análisis son los usuarios.

Sus categorías centrales son las de *Significado, Trabajo y Salud Mental.* A lo largo del desarrollo van apareciendo nuevas categorías producto del trabajo empírico y del análisis de los datos que también son incorporadas. Las autoras dividen su producción por capítulos y van desarrollando los diferentes significados otorgados al trabajo.

Entre las conclusiones a las que arriban las profesionales, mencionan que: "*actualmente no existe una idea de "trabajo" que funcione como referente universalmente válido, el concepto se presenta como una síntesis compleja de su propia historia y teñido de contradicciones" (GODOY; PETER: 2005. Pp. 60)* y dicen también que:

> El trabajo en la institución psiquiátrica tiene finalidad terapéutica. Para las t. o. es una herramienta de su hacer profesional y para los pacientes es parte del tratamiento que reciben en el hospital. El modo de entender el trabajo de uno y de otro se entrecruza en el taller dando lugar a encuentros y tensiones. Mientras que para el paciente, trabajar sirve de terapia, para las t.o. el trabajo es terapéutico cuando es significativo para el sujeto y forma parte de un proceso de tratamiento en el cual se fijan metas en forma conjunta con el paciente y el profesional interviene con algún criterio de direccionalidad. (Pp. 67)

Eje 3: recuperación de trayectorias

En esta linea de recuperación de voces de los protagonistas, **Liza María Benedetti y María Kendziur,** ambas pertenecientes a la cohorte 2012 del Seminario de Tesina y Tesina de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Trabajo Social, UNER, elaboraron una tesis denominada: **"Narrativas de mujeres que transitan la experiencia de la "locura". Un recorrido por los itinerarios terapéuticos en salud mental".**

Las autoras mencionan:

> Para la realización de esta investigación, partimos de considerar y vincular tres conceptos centrales: *narrativas, experiencia y significados*; que a lo largo de toda la producción iremos articulando con otros conceptos que se desprenden de nuestro planteo inicial.
> La idea principal es recuperar e indagar acerca de los significados que las mujeres usuarias de Servicios de Salud Mental otorgan a la experiencia de

> la "locura" y conocer los relatos respecto de los Itinerarios Terapéuticos recorridos.
> A la luz de poder trabajar en clave de narrativa esta investigación se inscribe dentro de la lógica cualitativa, en tanto supone un esfuerzo por producir conocimiento de la realidad social desde el punto de vista de quienes la producen, la viven y la significan. (Pp.5)

Esta tesis si bien está encarada desde una perspectiva de género en el cruce con Salud Mental, es interesante retomar sus aportes al campo de la Salud Mental, así como también la metodología cualitativa utilizada en clave de narrativas.

Continuando con la línea de recuperación de trayectorias y el cruce con la categoría trabajo más específicamente, **Dulce Suaya** toma para la elaboración de su tesis de grado -de Doctora en Psicología de la Universidad de Buenos Aires-, la construcción de un dispositivo que tiene como eje central al trabajo. Dicha producción fue denominada por la autora como **Historia Vital del Trabajo**, Herramienta de atención en salud colectiva, publicada en el año 2010.

En la misma, recupera experiencias narradas por sus propios protagonistas, usuarios de este servicio "Historia vital del trabajo" en el cual se interviene con usuarios en situación de pre alta. Las categorías centrales que trabaja y a partir de las cuales construye su marco teórico son: *memoria, historia y trabajo.* Como menciona su autora "*el argumento central de este libro, es que el relato de la historia vital laboral produce un encuentro con la singularidad de un recuerdo que posiciona subjetivamente al sujeto como sujeto de un saber socialmente productivo que puede aportar a las estrategias de rehabilitación en internos pre-alta" (Pp. 8).*

Si bien se desarrolla en el marco de un doctorado de psicología, hay categorías en común que me sirvieron para pensar mi tesis desde lo teórico y lo metodológico, considerando además que se trata de una producción reciente en el campo, específicamente en la intersección entre Salud Mental y Trabajo.

A partir del trabajo de Suaya, de la implementación del dispositivo Historia Vital del Trabajo y del relato de las historias de los usuarios, logran la validación del mismo y sus efectos positivos en los sujetos que participaron.

El análisis e interpretación de la tarea dio como resultado nuevas categorías no contempladas en un primer momento: *historia de vida focalizada en lo laboral; sujeto de un saber socialmente productivo; trabajo-creador; nombre propio; orgullo.*

Suaya (2010) concluye:

> Como resultado de la investigación encuentro que aun en los internos, apartados del mercado de trabajo y portadores de un padecimiento psíquico grave es posible activar la memoria histórica que lo sitúa en la posición de ser sujeto de un saber socialmente productivo cuyo orgullo como energía libidinal activada encuentra en esta energía una herramienta que lo motiva al deseo de salir de la institución. (Pp.122)

La búsqueda de antecedentes ha sido ardua dado el enfoque que pretendí darle a la investigación y al interés puntual sobre las significaciones de usuarios de Salud Mental sobre la categoría trabajo, sin embargo las investigaciones encontradas han contribuido a la delimitación del tema, así como también me han aportado diferentes opciones en relación a las técnicas de investigación a implementar.

Siempre antes de producir conocimientos sobre un tema es sumamente importante conocer qué se está diciendo sobre el mismo, cuáles son los debates en cuestión, así como también reconocer los sectores de la sociedad que se encuentran involucrados.

Los debates actuales, el aporte de la tesina.

En los antecedentes relevados se puede observar el trabajo de la categoría ciudadanos en relación con el campo de la Salud Mental, (Custo: 2008) así como también aparecen varios trabajos de recuperación de trayectorias de los sujetos que atraviesan un sufrimiento mental, en otros se apuesta al trabajo como constructor de subjetividad como es el caso de Vitelli (2013), continuando por la línea de la Salud Mental y Trabajo es Dulce Suaya (2010) quien aborda la

articulación de estas dos categorías desde un dispositivo laboral con sujetos en situación de pre alta, desde una perspectiva psicológica.

Mi aporte pretende inscribirse en el cruce de las categorías Salud Mental y Trabajo desde la mirada del Trabajo Social, apostando a la recuperación de las trayectorias vitales y sociales de los sujetos en primera persona, tornándose ellos protagonistas con voz propia sobre sus historias.

Así mismo advierto que los debates actuales en el campo giran en torno a la implementación de la Ley Nacional N° 26.657 y al proceso de desmanicomialización iniciado años atrás. Toman relevancia los talleres protegidos, el trabajo protegido así como de las viviendas asistidas y la búsqueda de la apertura a la comunidad.

Se trabaja desde muchos sectores en pos del mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios de los servicios de Salud Mental, por lo cual considero que un aporte fundamental a este proceso sería el otorgar visibilidad a las realidades que atraviesan estos sujetos cotidianamente, que se conozcan sus historias, para de una vez por todas lograr deconstruir las representaciones estigmatizantes respecto de la locura.

CAPÍTULO SEGUNDO

Marco teórico.

Claves para la lectura

Este capítulo tiene como fin servir de guía al lector, en el mismo desarrollaré el sustento teórico de este estudio, el cual se compone de cuatro categorías centrales que se presentan de la siguiente manera: en primer lugar, la noción de Salud Mental como campo tomando los aportes de Emiliano Galende (1992), Esther Custo (2008), Alicia Stolkiner y Valentín Barenblit (1992); a continuación trabajo mis consideraciones en relación a la atención en Salud Mental, haciendo hincapié en la categoría usuario de los servicios de salud mental. Para finalizar recurro a Ervin Goffman (1972) para hablar acerca de las marcas de la institución total.

La segunda de las categorías que aquí se presenta es la de Trabajo. A los fines de dar respuesta a mi pregunta problema, opté por retomar la dimensión histórica de esta categoría desde los aportes de Martín Hopenhayn (2001). Seguido de esto me refiero al trabajo como categoría, cómo es entendida en el marco de esta investigación, desde autores como Hannah Arendt (1996), J. C Neffa (2003), Osvaldo Battistini (2004), entre otros.

En tercer lugar de la mano de Alfred Schütz (1993) aparece la categoría significaciones. Y en cuarto y último lugar abordo la noción de trayectorias desde los aportes de Pierre Bourdieu (1977) y Ruth Sautu (2004).

En este sentido resulta necesario expresar la postura en relación a varios puntos centrales y dejar en claro el posicionamiento ético-político, así como efectuar las aclaraciones teóricas pertinentes, para dar cuenta del lugar desde el que se habla, como dice Violeta Núñez *"Si uno no intenta precisar desde dónde habla, parecería ocupar TODO el lugar de la VERDAD: un lugar con pretensiones de absoluto". (NUÑEZ: 2007. Pp.2)*

2.1 Salud Mental como campo

Parto de entender a la **Salud Mental** según los aportes de Emiliano Galende (1992), como parte de la salud integral, considero que la concepción de salud mental no debe formar parte de una definición disociable del concepto de salud, sin perder de vista que este concepto no se define únicamente a partir de una

patología mental, sino que confluyen diversas cuestiones como la cotidianeidad de los sujetos, la relación con el otro, así también las posibilidades de transitar en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, incluyendo valores, anhelos, sentimientos, ideales.

En este sentido, Custo Esther (2008) afirma que:

> La categoria salud mental puede ser enunciada como la construcción y desarrollo o deterioro en las distintas prácticas sociales, en el trabajo, la vida familiar, comunitaria, en la política y en lo social. Salud mental en una comunidad es un proceso resultante de sus condiciones de vida, de su historia y de sus proyectos. En síntesis, la salud mental se asocia a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, y se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos; en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos. En la práctica cotidiana ello implica un sujeto crítico, reflexivo, pensante, flexible y creativo que sepa construir las estrategias y las herramientas posibles necesarias para enfrentar los procesos y situaciones en forma constructiva y colectiva. (Pp. 21- 22)

Esther Custo define a la salud mental (siguiendo a Bourdieu) como *"un campo de fuerzas, de lucha de sentidos, en el que se enfrentan y confrontan concepciones de lo sano y de lo enfermo en correspondencia con concepciones del hombre y de la sociedad"*. (CUSTO: 2008. Pp.19)

En esta línea, Salud Mental es entendida como un campo complejo y polisémico, especifico de saberes y prácticas, ligado a las manifestaciones de la cuestión social y a la construcción del espacio profesional/laboral; como un recorte del campo más amplio de la salud pública. Alicia Stolkiner (1988) expresa que *"en el mismo coexisten y antagonizan cuerpos conceptuales diversos, entran en contradicción formas hegemónicas y alternativas, se imbrican idolologías y teorías. Es en este espacio donde se devela en su forma más clara, el carácter indefectiblemente político de toda practica en salud (...)" (Pp. 32)*

A su vez Barenblit V.[6] (1992) menciona que en este campo *"se articulan el estudio de los procesos de salud, enfermedad, atención, las alternativas amplias del bienestar y el malestar de los sujetos, la investigación de las necesidades sociales y la organización de los recursos para satisfacerlas". (GALENDE: 1992: Pp.1)*

Atención en Salud Mental

En relación a la atención en Salud Mental considero que la misma debe ser abordada teniendo en cuenta la singularidad de cada persona, sus necesidades, su contexto, lo que esa persona entiende de la situación que vivencia, las posibilidades de construcción de nuevas intervenciones para lo cual es necesario entender la importancia de fortalecer los vínculos fuera del ámbito institucional, recuperando los lazos socio familiares de la persona y fundamentalmente que el ámbito hospitalario no sea su único lugar de referencia.

Es por lo anterior que opto por la construcción teórica de la categoría usuario alejándome de la categoría de paciente, asimilada a un objeto destinatario, depositario, receptor de intervenciones de manera pasiva.

Usuario, en referencia a hacer uso de los servicios de salud mental como un sujeto de derechos, activo y partícipe de su tratamiento, respecto del cual puede tomar decisiones, como bien expresa la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26657. Un sujeto receptor directo de las políticas implementadas en el campo de la salud mental. Se puede rastrear los orígenes de esta categoría en los movimientos de reforma de salud mental brasileros. Es Amarante (2010) quien respecto de esto nos dice *"El término "usuario" busca destacar el protagonismo de lo que anteriormente era apenas un "paciente". Actualmente el término viene siendo criticado por mantener todavía una relación del sujeto con el sistema de salud. Tratase de un importante indicio del movimiento de permanente reflexión y construcción en el campo de la reforma psiquiátrica".*

[6] Prólogo del libro Psicoanálisis y Salud Mental de Emiliano Galende (1992)

Cuando hablamos de un sujeto de derechos, rápidamente lo definimos por oposición a una perspectiva que lo considera como un ser pasivo, expectante, objeto sobre el cual se vuelca determinado saber, determinadas políticas públicas; por lo cual pensar el otro componente de esta composición binaria, sería asociar sujeto de derechos a sujeto activo. Hablar de sujeto de derechos, como sujeto activo, partícipe, que tiene injerencia en las decisiones que lo incumben, remite a la idea de aprendizaje de Pichón Riviere, como la adaptación activa del sujeto al medio, por medio de la cual lo transforma y se transforma así mismo. Pero con esta categoría se hace también referencia básicamente, a un sujeto que es portador de Derechos y Obligaciones, por el solo hecho de ser un hombre, derechos que son indivisibles, inalienables e intransferibles, se hace referencia a un ciudadano.

Las intervenciones en el campo de la salud mental giran en torno al sufrimiento humano, el cual es más amplio que otros conceptos en este campo, por lo cual no puede reducirse al de enfermedad, tampoco puede homologarse al de dolor ni al de sufrimiento físico.

El sufrimiento no es estático como la enfermedad. Para pensarlo tomo el concepto de psicoanálisis de "malestar", cuando algo no funciona cuando algo no está bien se convoca a la intervención, a transformar eso que no funciona. Además entiendo a la salud y enfermedad como conceptos dinámicos que remiten a un espacio y a un tiempo específico, es decir a un contexto histórico determinado.

En este sentido, Cesilini, Guerra y Novoa (2007) afirman:

> (...) la ciudadanía es algo que se construye en forma permanente en un campo de pujas y conflictos. Teniendo en cuenta que el trabajo social se relaciona desde su intervención con sujetos entendidos como históricos, sociales y colectivos. Desde esa perspectiva y entrando la mirada en el campo de la salud la intervención puede orientarse hacia sus aspectos emancipatorios en el terreno de las políticas sociales e institucionales. (...) (Pp. 15-16)
>
> Si los trabajadores sociales dejamos de nombrar, describir y de mirar a los sujetos como pacientes y comenzamos a considerarlos, llamarlos y mirarlos como ciudadanos, entonces se habrá dado un gran paso hacia el ejercicio

> de ciudadanía en el ámbito de la salud pública (...) pareciera que las personas dejan de ser ciudadanos y automáticamente se convierten en pacientes cuando ingresan por atención en el sistema público de salud. (Pp. 22)

En este punto me parece pertinente Margarita Rozas Pagaza (2001) quien menciona al campo problemático como un campo de relaciones, en referencia a que:

> La intervención no es sobre los problemas sociales o sobre la realidad, es por el contrario, el desentrañamiento de las manifestaciones de dicha cuestión social y es la reconstrucción analítica de esas manifestaciones en la particularidad que adquiere la relación contradictoria entre los sujetos y sus necesidades. Entendemos que dichas necesidades no se reducen a la crisis de la materialidad de los sujetos sino también a las marcas más significativas de la degradación de la condición humana. (Pp.225)

La última oración de esta cita me conduce a pensar puntualmente en el campo de la Salud Mental, en los usuarios de sus servicios y al estigma que portan por haber transcurrido por alguna institución psiquiátrica y no solo los que transcurrieron durante algún momento determinado, sino los que actualmente desarrollan sus vidas en una institución de tipo monovalente.

Las marcas de la institución total

Siguiendo los aportes de Ervin Goffman (1972) la institución total produce muchos efectos sobre los sujetos, desde la desubjetivación, la rutinización de la vida cotidiana, el control de sus cuerpos por terceros, pero algo fundamental que el autor menciona es que en las sociedades modernas las esferas constitutivas de la vida humana: familia, trabajo y tiempo libre, tienden a desarrollarse en ámbitos separados y con personas diferentes en momentos distintos, pero en las instituciones totales todas las actividades de la vida cotidiana transcurren en un mismo espacio, con las mismas personas y en los mismos horarios, produciendo una totalización y una homogenización de los cuerpos. Lo anterior viene a cuenta de que si hablamos de marcas significativas de la degradación de la condición humana, el trato que históricamente ha recibido la locura es un claro ejemplo: encierro, castigo, vigilancia. Es un desafío como profesionales poder intervenir con estos sujetos en los cuales la institución ha borrado todo rasgo de subjetividad,

recuperando su historia de vida, intereses, expectativas, creando espacios diferentes que permitan producir una ruptura con la cotidianidad regulada de la institución.

En este punto es central el aporte de Foucault en relación a la categoría disciplina y define a la misma como los *"métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad"*. Esta disciplina ha sido y es fundamental para la puesta en marcha de la lógica manicomial-asilar.

Es importante remarcar que al hablar de lógica manicomial, me refiero no solo a las prácticas que se desempeñan en las instituciones, a la forma en que estas funcionan y operan, sino a cómo se pueden encontrar transversalmente en la sociedad, hechas cuerpo en los sujetos, operando casi imperceptiblemente a través de discursos y practicas cotidianas, que exceden a los profesionales y trabajadores del campo de la Salud Mental. Esto como dirá Foucault, es el poder que circula a través de los cuerpos.

2.2 En relación a la categoría trabajo

El trabajo en la historia- Concepciones de trabajo

Para trabajar este apartado tomaré los aportes de Martín Hopenhayn, en su libro Repensar el trabajo: historia, profusión y perspectivas de un concepto, publicado por primera vez en 1988 y reeditado años más tarde.

Hopenhayn (2001) refiere a que

> (...) el concepto de trabajo no ha sido homogéneo en el interior de cada período, y la coexistencia de grupos sociales y/o culturales diferenciados, en distintos momentos y bajo diversas estructuras societales, ha generado visiones contrapuestas. A esta falta de uniformidad debemos agregar el hecho de que los conceptos no se han ido reemplazando entre sí, sino que sobreviven, en mayor o menor medida, como sedimento cultural en nuestra actual cosmovisión y en nuestra sensibilidad frente a lo laboral. (Pp. 25)

El autor realiza una recuperación histórica del concepto a través de la historia, tomando la Grecia clásica, los Caldeos, hebreos, Romanos, Cristianos, pasando por la Edad Media, el Mercantilismo y el humanismo, la ética protestante para concluir en el capitalismo industrial.

Grecia Clásica

En la Grecia Clásica el trabajo manual era despreciado porque se asociaba al trabajo de los esclavos, cuando contradictoriamente la esclavitud era el sustento de la polis. Para que los hombres pudieran dedicarse al ocio, al cultivo de la mente y del cuerpo, la contemplación de la naturaleza y al desarrollo del conocimiento debían existir personas que se dedicaran a realizar trabajos forzosos. El trabajo para los griegos solo era el trabajo manual, ya que la actividad intelectual no era considerada como tal, y se asociaba a la virtud, *"su valor residía justamente en el desinterés con que se llevaba a cabo, por el más puro amor al conocimiento"*. (HOPENHAYN: 2001. Pp.32)

El autor nos dice que

> (...) la reflexión sobre el trabajo en la Grecia Clásica tiene como marco referencial tres fenómenos relevantes: la crisis de la aristocracia terrateniente ante el empuje del comercio y la industria; la progresiva división del trabajo, motivada tanto por el desarrollo técnico (uso del hierro) como por la estructura productiva de la polis (la necesidad de una infraestructura apropiada para el intercambio comercial); la mano de obra esclava o conformada por artesanos cuyo nivel de vida y estatus social eran muy bajos. (...) el hecho de ser los esclavos quienes componían, en su gran parte, el contingente laboral, redujo el trabajo a una mera función productiva. El esclavo, en efecto, era sólo eso, fuerza de trabajo. (...) pertenecía a su amo (...) como objeto de propiedad (...) (HOPENHAYN: 2001. Pp.31-32)

Por la imposición del ideal autárquico como valor ético supremo, la valoración peyorativa del trabajo esclavo se extendió a toda fuerza de trabajo que se empleaba en actividades manuales. *"todo aquel que trabaja está sujeto a la materia que lo somete y a otros hombres para quienes trabaje, y en esa medida, su existencia es heterónoma y despreciada en su valor"*. (HOPENHAYN: 2001. Pp.32-33). *"Si ya desde Platón lo ético y lo intelectual, lo bueno y lo racional son*

inseparables, entonces el trabajo es, en el mundo griego, una actividad irracional". (HOPENHAYN: 2001.Pp. 36)

Medio oriente

En los caldeos, dice el autor

> (...) encontramos una moralización del trabajo según la cual el mérito residía en la autosuficiencia; pero no se trataba de una autarquía espiritual, sino de la autonomía básica de carácter material. Subsistir con las propias manos y consumir los frutos del propio trabajo, eran (...) prácticas de vida dotadas de valor moral (...) El trabajo y sus productos eran vistos como expresiones concretas de la vida pura, y no de su negación. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 42-43)

Y agrega:

> Hebreos y caldeos comparten la connotación tanto ética como económica del trabajo. Éste produce en doble sentido: asegura las condiciones materiales de subsistencia y prepara las condiciones necesarias de autorrealización. Pero el pueblo hebreo no exaltó el trabajo en sí mismo; para el hebreo uno nunca se realiza por medio del trabajo, pues éste es siempre una actividad penosa, y en lo inmediato desgastante. No es un espacio de autorrealización, de gratificación personal o de elevación, sino tan solo un medio para una posterior autorrealización y elevación. (Pp. 45)

Romanos y primeros cristianos

Respecto de los romanos el autor menciona que

> El individualismo jurídico consecuente con el individualismo económico, no consideró como parte de las relaciones de trabajo la trata de esclavos, pues como los griegos, los romanos consideraban al esclavo una cosa, desprovista de personalidad jurídica (...) el derecho romano marca el antecedente del arrendamiento de servicios del derecho civil moderno; la actividad del trabajador, por vez primera, se trata como objeto. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 49- 50)

Y respecto del cristianismo primitivo menciona que el mismo *"conservó, la ambivalencia hebrea y la visión del trabajo como castigo impuesto al hombre por Dios a causa del pecado original. Pero le asignó un nuevo valor (...) no solo se destinaba a la subsistencia sino sobre todo a producir bienes que pudieran compartirse fraternalmente".* (HOPENHAYN: 2001. Pp. 52)

El cristianismo remarca la importancia de la práctica de la caridad, la cual vuelve al trabajo virtuoso. Pero al igual que los griegos el trabajo en los cristianos sigue siendo un medio para un fin moral. En este caso *(...) no se trabaja solo para recibir algo a cambio, sino para dar.* (IDEM)

El trabajo también tenía la finalidad de mantener al individuo fuera del ámbito del ocio, la concupiscencia y lo malos pensamientos.

Edad Media

En esta época *"por un lado se exaltó el trabajo como deber natural del hombre y como medio para la práctica de la caridad; por otro lado, se lo mantuvo a distancia respecto del sentido de la vida: el trabajo es un medio, y en sí mismo carece de valor"*. (Pp. 55)

En estos pensadores también aparece la separación entre trabajo manual e intelectual, pero matizada por la consideración cristiana de la dignidad de todo trabajo y del derecho y deber a trabajar.

Renacimiento

El autor nos dice que

> Si el régimen feudal y la asociación gremial fueron las instituciones que regían el trabajo en el Medioevo, en el Renacimiento la actividad económica dominante fue, sin duda, el mercantilismo. La práctica comercial y monetaria, cuyo incipiente desarrollo se hizo manifiesto en los últimos siglos de la Edad Media, se convirtió en capitalismo comercial durante los siglos XV y XVI. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 71)

Y agrega, "El origen del capitalismo fue también el de la consideración abstracta del trabajo como un valor de cambio entre otros. Pero en el Renacimiento la exaltación humanista también elevó el trabajo al rango de actividad creadora". (HOPENHAYN: 2001. Pp. 77)

> Si el precio de la seguridad del trabajador en el Medioevo era renunciar a parte de su libertad, el precio de la libertad del trabajador, desde el siglo XVI, sería convivir con la inseguridad en su trabajo, siempre minado por los vaivenes en los mercados. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 80)

> En una economía natural y de consumo directo como la de la Edad Media, el tiempo, al igual que los otros bienes, se gasta; en cambio, en una economía donde el capital dominante es el dinero, el tiempo, más que consumirse, debe ahorrarse. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 82)

También se renovó el concepto de virtud, *"virtuoso será ahora el empresario audaz, impetuoso, emprendedor, embriagado con la soberbia que la moral cristiana había condenado por siglos"*. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 82)

Ética protestante

"La Reforma surgió como un freno a la laxitud doctrinaria de la Iglesia, pero no se constituyó en un obstáculo al espíritu económico y a la acumulación de capital. Si las ideologías son ambivalentes en sus nociones del trabajo, ninguna tan ambivalente como la Reforma". (HOPENHAYN: 2001. Pp. 85-86)

El autor afirma que existe una valoración negativa y positiva del trabajo en la doctrina calvinista. Ya que el mismo nunca es suficiente para la posesión de la gracia divina, pero es positiva porque es siempre condición necesaria para la certeza de ser un elegido.

> Años antes Lutero le había asignado al trabajo un carácter penal y educacional (...) todo aquel que pudiese trabajar, debería hacerlo; para Calvino, el trabajo no redime ni modifica nada, pero es el esfuerzo más viable para lograr el éxito y con ello, la certeza de la gracia. Lutero condena como egoísta y carente de efecto humano la vida contemplativa y monástica que evade los compromisos sociales mundanos; Calvino, si bien extendió el deber del trabajo mundano a toda la comunidad, no lo hizo para fomentar el afecto humano, sino la gloria de Dios, para la cual se ha de trabajar racionalmente de manera organizada y calculada. Ambos coincidieron en que la finalidad del trabajo no debía ser la ganancia; pero mientras Lutero afirmó que el objeto del trabajo es ganarse el sustento, Calvino sostuvo que su finalidad es generar más y más obras y riquezas para la honra de Dios. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 90)

Es así dice el autor que:

> El calvinismo invita a vivir en el mundo, pero al mismo tiempo a negarlo, a trabajar en él y enriquecerse para hacer de la tierra un reflejo de la majestad divina. Este mandato, con su culto al trabajo y a la riqueza y su desprecio por el descanso y el placer, establece un precedente de la modernidad. (...) tanto la moral calvinista como la ética mercantil (...)

ambas vertientes ostentaban valoraciones diametralmente opuestas del trabajo (la primera lo considera testimonio de la gracia; la segunda, generador de capital), pero con efectos similares en la conciencia: que el tiempo es oro y hay que utilizarlo de manera productiva por medio de una especialización creciente.

Repitiendo a Weber, es difícil medir hasta qué punto el ascetismo laico impuesto por la tradición calvinista contribuyó a la formación de los grandes capitales durante los siglos XVII y XVIII, llevando el capitalismo a su fase industrial. La fundamentación del esfuerzo sistemático racional y prolongado en el trabajo, concebido como parte indiscernible de la racionalidad universal impuesta por mano divina, también contribuyó, en un grado difícil de determinar, a la división del trabajo industrial. El concepto de profesión, primero en Lutero y más tarde en Calvino, consolidó ideológicamente el proceso de especialización cada vez mayor del trabajo, con la consecuente fragmentación de oficios en el trabajo fabril y la producción en gran escala. Pero la profesión tuvo para el protestantismo un sentido trascendente. La eficacia de la fe, que Calvino consideró valor indispensable en la vida del buen cristiano, se convirtió en eficacia a secas. Y esta valoración de la eficacia como bien en sí mismo ha contribuido tanto al apogeo como a la manipulación del trabajo moderno. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 96-95)

Trabajo en el capitalismo industrial

Hopenhayn (2001):

> La existencia de ordenanzas municipales o reales que establecían un máximum para la retribución obrera, el debilitamiento de las prescripciones corporativas que protegían a los trabajadores, la concurrencia de la mano de obra femenina y rural, el aumento de la jornada de trabajo, la desorganización de los obreros que aun no adquirían conciencia de sus propios intereses, y el considerable aumento de la oferta de trabajo debido al crecimiento de la población. Todo ello cristalizó en una inflación de beneficios que dio gran aliento a la acumulación de capital; esta situación continuó durante el siglo XVIII. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 97- 98)

Se produjo una expansión ilimitada del comercio y la aparición de los comerciantes independientes. Sumado a lo anterior la necesidad de nuevas reglas de juego para el mercado, por lo cual surgen nuevas legislaciones con las cuales:

> El asalariado trabajaría ahora por un contrato que firma de libre acuerdo con el propietario del capital, pero son las presiones del mercado y la amenaza de la desocupación los factores a los que se hallará sujeto. Ante esta nueva amenaza, la tendencia natural y espontánea de los obreros fabriles fue organizarse en sindicatos. Pero también fue tendencia natural

> del capital promover una legislación que proscribiera la organización de trabajadores. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 103)

Una gran consecuencia de este proceso de modernización durante la primera mitad del siglo XIX son *"los ejércitos de desocupados"*, sumado a la explotación y a condiciones de vida insalubres.

"El desocupado es quien goza de menos valoración social y a veces moral, en la sociedad moderna" (HOPENHAYN: 2001. Pp. 107). Si pensamos en la división grecorromana entre trabajo intelectual y manual, en esta época es la misma, *"Lo que sí varia es la división entre trabajadores y ociosos: en la sociedad industrial quienes hacen uso del ocio, aunque involuntariamente, son los desocupados (...)"* (HOPENHAYN: 2001. Pp. 109)

Hace fines del siglo XVIII podemos ver un concepto de trabajo adecuado a la sociedad capitalista:

> Por un lado, la exaltación del progreso, el endiosamiento del lucro, la ética mercantilista. Por otro lado la visión cosificante del trabajo, como contrato de servicios, como medio de satisfacción hedonística, como factor de la riqueza. De este modo, un abanico de elementos heterogéneos contribuye a una noción ambivalente (¡una vez más!) del trabajo, al mismo tiempo endiosado y cosificado. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 109)

Estas ambivalencias dice el autor nos dan un importante precedente para entender el concepto de trabajo que emerge en la génesis de la economía política.

Economía política clásica

Para Smith el trabajo *"es la fuerza humana y/o mecánica que permite crear valor"*, la economía política clásica reduce al hombre a su condición de trabajador.

El autor concluye el capitulo con una acertada reflexión:

> Pareciera que tras este conjunto de transformaciones resalta una ambivalencia fundamental en torno del trabajo, a saber: que este contiene, simultáneamente, un enorme potencial de señorío y de servidumbre. No es casualidad que en los primeros años del siglo XIX Hegel piense el trabajo a partir de las relaciones entre señor y siervo.

> Pareciera que en la naturaleza misma del trabajo humano se inscribe esta tensión, y ella se hace explicita en las paradojas que enfrenta el trabajo moderno: exaltado en la teoría, degradado en la práctica; dignificado por la moral, cosificado por la economía política; máximo socializador, máximo atomizador. Marx querrá pensar un trabajo liberado de la alienación, convertirlo en enorme potencial emancipatorio que realizaría la esencia perdida del trabajo. Pero al mismo tiempo, no puede desligar el trabajo del reino de la necesidad y por ende, reconoce su sujeción a la escasez y su heteronomía respecto del mundo de objetos con los que debe operar. Tal vez será precisamente esta tensión la que hace del trabajo un fenómeno inconfundiblemente humano: campo fértil para que el sujeto promueva su autodesarrollo, transforme su entorno, despliegue y construya su identidad, se integre con sus semejantes y potencie sus capacidades; pero también fuente de esclavización, de negación de identidad, de privación de libertad, de conflicto social, de atrofia de capacidades y de embotamiento.(...) lo humano del trabajo reside, entre otras cosas, en esta tensión y contradicción, en esta elasticidad que lo lleva a ser el mejor y el peor amigo del ser humano. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 116)

El trabajo a partir de la tercera revolución industrial

El autor menciona que a partir de 1960 con el advenimiento de la tercera revolución industrial, la cual refiere al desarrollo de la robótica, la sociedad ha ido cambiando drásticamente.

Diversos autores escriben sobre el futuro del trabajo en una sociedad reinada por la robótica y la informática, vaticinando un gran número de desocupados.

En palabras de Hopenhayn el impacto tecnológico ha tendido hasta ahora a agudizar la heterogeneidad de las estructuras socio-productivas y a polarizar diferencias sociales y culturales, así como a generar agudos problemas de desempleo, suscitando reacciones simultáneas de adhesión y de rechazo. Nunca antes el trabajo fue tan diverso, cualitativa y cuantitativamente como lo es ahora, y nunca fue tan vasta la gama de perspectivas frente al trabajo.

Estamos frente a *"una nueva tecnología que es capaz de economizar más trabajo que el necesario para la expansión de los mercados de productos. No hay una capacidad de crear empleos que pueda compensar medianamente la supresión de empleos por efecto del nuevo patrón tecnológico"*. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 23)

El autor nos dice que hoy en dia no hay un consenso respecto de la idea de trabajo. El mismo es síntesis de su historia y por lo tanto lleva rastros de las distintas épocas.

> (...) para algunos científicos sociales, todavia prevalecen ciertos valores de esta ética (productivista) y el trabajo sigue siendo un recurso material positivo en términos psicológicos y sociales. Otros sostienen que los individuos aun están motivados por el trabajo como producto de un aprendizaje, especialmente el protestante, que lo valora como una necesidad económica así como por la responsabilidad que da a la persona que trabaja. Por el contrario, algunos investigadores entienden que pocos individuos, grupos o sectas actualmente están inspirados en el trabajo por un aprendizaje religioso. Además consideran que las personas están más bien motivadas por una ética: el trabajo es una parte integral de su concepto sobre el propósito de sus vidas y una necesidad económica. (HOPENHAYN: 2001. Pp. 248)

Trabajo como categoría

Concepciones de trabajo

Interesa aquí trabajo como Derecho Humano, poder vislumbrar las dificultades y posibilidades que se presentan a los usuarios de los servicios de Salud Mental.

Como dice Hannah Arendt (1996) El ser humano es esencialmente un ser relacional. En este sentido Calvez en Brenlla y Salvia (2004)[7] afirma que:

> El trabajo es uno de los ámbitos fundamentales de integración y cohesión de realización existencial de los individuos. Es todavía en el mundo moderno una de las actividades más importantes en la producción del lazo social, a partir del cual los sujetos procuran reproducir su existencia en el plano material, afectivo y existencial. (Pp. 4)

En este sentido Neffa J. C. (2003) menciona que:

> El trabajo más que una penosa obligación social, es un derecho humano fundamental, una de las actividades más nobles que desarrollan los seres

[7] VII Jornadas de salud y población Instituto de investigaciones Gino Germani. Desempleo, inestabilidad laboral y salud mental. María Elena Brenlla, Agustín Salvia. Observatorio de la deuda social argentina. Departamento de investigación institucional. UCA.

humanos, que estructura su identidad, permite desarrollar su personalidad y es la fuente de los derechos laborales. (Pp.22)

Battistini Osvaldo, (2004) aporta:

> El Trabajo cuenta como tal en función de historicidades, culturas y parámetros sociales; no responde a esencialidades inmanentes e inmutables a lo largo de la historia. En ese sentido, entendemos al Trabajo a partir de "quienes trabajan" y los significados que le otorgan las múltiples tensiones que se generan entre sus entornos socioculturales, su propia realidad, las estructuras económicas y políticas que tratan de enmarcar la realidad, y los marcos de referencia que devienen de las trayectorias sociales de cada uno de ellos. (Pp. 24)

Hopenhayn en su libro Repensar el Trabajo (2001) toma los aportes de Herbert Marcuse y define al trabajo como "*el hacer del hombre como modo suyo de ser en el mundo*" (Pp.197) y en esta línea afirma que:

> En una perspectiva más fenomenológica, el trabajo se define por el sentido que el trabajador encuentra en su actividad y no por nociones dadas de antemano. Visto así estaría siendo reconceptualizado constantemente por la vivencia personal en el proceso mismo del trabajo. (...) Permite enriquecer la comprensión del problema, pues obliga a considerar, en la situación del trabajador, su propia percepción de lo que hace y qué sentido encuentra en su actividad. (Pp. 194-195)
>
> Para fundamentar este concepto de trabajo como modalidad propia de ser en el mundo del sujeto, Marcuse recurre a la definición del diccionario, donde encuentra tres acepciones del vocablo "trabajo": 1) la acción general de trabajar; 2) el objeto trabajado (este libro es mi trabajo, esta vasija es mi trabajo) y 3) la tarea o esfuerzo (tengo un trabajo pendiente, éste exige mucho trabajo). En síntesis el trabajo como mediación entre sujeto y mundo abarca las tres acepciones. Marcuse habla de la triple unidad del hacer, objetividad y tarea, pues todos sus significados apuntan hacia un triple objetivo: hacia el trabajar, hacia lo–trabajado y hacia lo-por-trabajar (Pp.195)
>
> Pero el trabajo no solo consiste en una actividad dirigida a la satisfacción de necesidades mediante producción de bienes, sino que responde, en último término a una necesidad intrínseca humana: la de autorrealización en duración y permanencia. (Pp. 197)

Es importante rescatar el trabajo como productor de subjetividad, cómo los sujetos nos definimos a partir de un cierto trabajo en la división social del trabajo. Y a

partir de la recuperación de las voces de los usuarios poder comprender cuáles son sus significaciones respecto del mismo.

2.3 Qué entendemos por Significaciones

Schütz (1993) plantea que la estructura del mundo social es significativa no solo para quienes habitan en el mundo social, sino también para sus intérpretes. Al respecto dice que:

> (...) al vivir en el mundo, vivimos con otros y para otros, y orientamos nuestras vidas hacia ellos. En estos actos de establecimientos e interpretación de significados se construye para nosotros, en grados variados de anonimidad, en una mayor o menor intimidad de vivencia, en múltiples perspectivas que se entrecruzan, el significado estructural del mundo social, que es tanto nuestro mundo como el mundo de los otros (...) (Pp.46)

El sujeto realiza acciones que están cargadas de significados. Todas sus acciones tienen un sentido; aunque el actor no haya tenido intención de significar algo, su acción puede ser interpretada por otro. No existe una única interpretación de las vivencias, sino que varían según la perspectiva desde la que sean interpretadas y aquí radica la originalidad que cada investigador pueda aportar al análisis de la información.

En este sentido y para arrojar luz sobre las significaciones del trabajo que poseen los usuarios, voy a indagar las trayectorias laborales y sociales de los mismos.

2.4 Acerca de la noción de Trayectorias

Bourdieu (1977) define trayectoria como la *"serie de las posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones".* (Pp. 82)

En este sentido Ruth Sautu (2004) respecto del estudio de las trayectorias dice que el mismo *"(...) supone que el tiempo vital transcurre en una temporalidad más*

extensa –la trayectoria en sí- y a través de trayectos de tiempo más cortos, marcados por transiciones que refieren a eventos vitales específicos". (Pp. 64)

La autora menciona como central en el estudio de las trayectorias vitales el concepto de *interdependencia* entre los recorridos parciales de los sujetos en distintos campos de experiencias, los que convergen o sincronizan para marcar transiciones y cambios.

Sautu plantea que cada trayectoria vital de los sujetos se enmarca en contextos históricos sociales específicos y en dinámicas familiares particulares.

Al hablar de *transiciones* la autora menciona aquellas que suponen cambios a lo largo del tiempo vital de los sujetos que están pautados socialmente y que tienen por ende un significado social cultural especifico (por ejemplo, casarse, tener hijos, ingresar al mundo del trabajo). Sin embargo la autora también menciona que existen episodios *vitales o eventos específicos* los cuales pueden ser percibidos como momentos críticos *"turning points"*, en palabras de la autora *"puntos de inflexión que operan como marcas perceptuales a lo largo del curso de la vida y expresan los juicios personales que los individuos realizan sobre continuidades y discontinuidades". (SAUTU: 2004. Pp. 65)*

En esta misma línea, en un artículo publicado por Alicia Genolet, Carmen Lera y Otros (2005), las autoras definen a la trayectoria como:

> (...) un proceso en el que se ponen de manifiesto las disposiciones y las prácticas de los diversos actores. Si bien hay (...) una correlación entre esas prácticas y el origen social, no se puede dejar de lado el elemento de construcción que se desarrolla a lo largo de toda la experiencia vital. En esa construcción de la trayectoria se ponen en juego un sin número de factores que cada persona toma en cuenta, consciente o inconscientemente, en su accionar. En las trayectorias, a veces, aparecen ciertos hitos o bifurcaciones, quiebres importantes que producen cambios significativos en la cotidianidad de la vida de las personas. (Pp. 119)

Como consecuencia, *"La importancia del estado y sus acciones en la trayectoria y la vida cotidiana de las familias no debe verse como algo secundario, sino como*

una forma de construir un orden social determinado". (GENOLET Y OTROS: 2005. Pp. 120)

El sentido de trabajar las significaciones sobre el trabajo que poseen los usuarios del taller de vivero y jardinería, en clave de trayectorias laborales y sociales, apunta a abordarlos como sujetos en situación, insertos en un contexto y con una determinada historia de vida, abona así mismo a entender cómo han llegado cada uno de ellos al espacio y tiempo que hoy habitan, no en un sentido lineal de causa efecto, sino como dije anteriormente como sujetos en situación.

CAPITULO TERCERO

Dimensión de la estrategia general, técnicas de recolección y análisis de información

3.1 Tipo de diseño

Teniendo en cuenta que la pregunta problema construida refiere a **¿Cuáles son las significaciones sobre el trabajo, en clave de trayectorias laborales y sociales, que tienen los usuarios del taller de vivero y jardinería que se implementa en el Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná?**, la resolución metodológica de esta investigación se inscribió en un diseño de tipo cualitativo desde un enfoque de narrativas biográficas. Entendiendo que esta estrategia metodológica se presenta como la más adecuada para poder recuperar la palabra de los talleristas en primera persona y así reconstruir sus relatos de experiencias pasadas a partir de un relato desde el presente, para ahondar puntualmente en las significaciones que los mismos tienen sobre el trabajo. *"La investigación narrativa se asienta en una perspectiva interpretativa, en la cual el significado de los actores se convierte en el foco central de la investigación" (BADANO Y OTROS: 2012. Pp. 9)*

En este sentido Bolivar Botía (2002) en Badano y Otros afirman:

> Uno de los aspectos centrales del estudio de las narrativas, es que la individualidad no puede explicarse solo por referentes extraterritoriales: la subjetividad es una condición necesaria del conocimiento social. La narrativa expresa importantes dimensiones de la experiencia vivida, media la propia existencia y configura la construcción social de la realidad. Un enfoque narrativo prioriza un yo dialógico, su naturaleza relacional y comunitaria, donde la subjetividad es una construcción social, intersubjetivamente conformada por el discurso comunicativo. El juego de subjetividades, es un proceso dialógico, se convierte en un modo privilegiado de construir conocimiento. (IDEM)

Me parece pertinente tomar los aportes de Scribano (2008) quien afirma:

> (...) consideramos que la investigación cualitativa debe ser inscripta en el marco de los siguientes ejes:
>
> 1) La indagación cualitativa debe estar atenta a las posibles relaciones que emergen de la aceptación de que la tarea científica debe ser construida en la interacción de una Multiplicidad de Voces
> 2) Las estrategias cualitativas deben practicar rigurosamente una vigilancia epistemológica sobre el hecho del Percibir Cargado Teóricamente como posibilidad y obstáculo para la tarea científica.

3) Las prácticas cualitativas deben entenderse como indagaciones, búsquedas, rastreos que aclarar reflexiva y recursivamente el juego entre partir de un punto, compartir un camino y construir una llegada.
4) La investigación cualitativa debe comprenderse como un camino "sin restricciones pero con guía" que intenta reconstruir las mediaciones posibles de las potenciales relaciones parte/todo. (Pp. 15)

Teniendo en cuenta los aportes teóricos y siendo consciente de mi implicancia en el campo de la Salud Mental por mi transcurso e incursión en la temática durante mis años en esta casa de estudios, debí estar atenta y realizar una vigilancia epistemológica constante para estar en alerta, para propiciar la problematización y el re trabajo de categorías, conceptos y representaciones. Siendo en las ciencias sociales fundamental el hecho de que no es posible una separación objetiva o distancia optima entre investigador y objeto de estudio dado que nos encontramos inmersos en la realidad social que investigamos.

En este sentido, solo conocemos a partir de nuestros conocimientos previos y de nuestros marcos interpretativos, pero los mismos también ponen límites a la incorporación de nuevos conocimientos, y siguiendo esta línea, solo podemos conocer contra un saber anterior. Por lo cual la problematización ocupa un lugar central permitiendo la interrogación acerca de aquellos objetos, hechos, fenómenos que nos parecen obvios, además de fomentar una acción investigativa constante mediante la búsqueda de diferentes aportes, teorías, todo esto sin olvidar la importancia que tiene el contexto.

3.2 Selección de contexto, terreno, unidad de estudio

El trabajo de campo de esta investigación fue realizado durante los años 2015 y 2016 en el Taller de Vivero y Jardinería, de los Dispositivos de Hospital de Día y de Atención Psicosocial del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná. Este es una institución gubernamental, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia. Es importante destacar el carácter de Hospital Escuela, dado que no siempre fue denominado así, pero no me refiero solo a una cuestión

de nombre, sino al hecho de que el mismo sea considerado además de una institución de salud, una institución de formación en el campo de la Salud Mental

3.3 Universo

Mi universo de estudio responde a todos los usuarios del **Taller de Vivero y Jardinería del Hospital Escuela de Salud Mental**. En este punto como justificación, voy a referir al hecho de que este espacio se encuentra enmarcado en las políticas de desmanicomialización implementadas en el Hospital Escuela de Salud Mental, funciona simultáneamente con otros dispositivos como ser Hospital de Día, Grupo GIA, Centro Huella, Extensión Comunitaria y Epidemiología, la guardia Interdisciplinaria en Salud Mental, la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, entre otros. La elección del taller de vivero y jardinería en particular, tiene que ver como antes decía, con mi objetivo de investigación, mi interés particular por el cruce de lo terapéutico con lo laboral como rasgo de este dispositivo que a su vez se configura y construye transversalmente por dos espacios del Hospital a saber, Hospital de Día y el Dispositivo de Atención Psicosocial.

3.4 Unidad de análisis

Mi unidad de análisis son cada uno de los Usuarios del Taller de Vivero y Jardinería del Hospital Escuela de Salud Mental.

3.5 Muestra

En este punto se hace necesario explicitar que trabajé con la totalidad del universo de estudio, en un principio había diseñado un muestreo intencional de tres usuarios del taller de Vivero y Jardinería que respondieran al criterio de un determinado tiempo de participación en el espacio mínimo de tres meses.

Posteriormente al comenzar el trabajo de campo me fui dando cuenta que al tratarse de un espacio grupal con su historia e impronta propia, debía incluir a sus demás participantes, y opté por entrevistar uno por uno e implementar las diferentes técnicas de recolección de datos con todos ellos. E incluso percibí la necesidad de indagar a cerca de la historia de Marta que si bien ya no se encontraba concurriendo al taller al momento del trabajo de campo, decidí reconstruir su vida como parte de la historia misma del taller, cuestión que el lector podrá percibir más adelante. Esta reconstrucción la realicé a partir del análisis de su historia clínica, y de un ateneo de su equipo tratante que funciona a modo de archivo de intervenciones.

3.6 Técnicas de recolección de datos

Debido a la complejidad de la realidad social, y con la que se presentan los fenómenos sociales, considero que desde un enfoque cualitativo que pretende investigar y producir cierto conocimiento en este caso en el área temática de Salud Mental y Trabajo, se tornan necesarias una multiplicidad de técnicas/métodos de recolección de datos, los cuales no son meros instrumentos sino que se encuentran atravesados de lleno por las diferentes dimensiones de la profesión: teórico epistemológica, teórico metodológica, ético política ideológica, indisociables entre sí y presentes a la hora de tomar decisiones. Estas técnicas son seleccionadas por su pertenencia acorde a los objetivos propuestos para cada momento de la investigación.

Observación participante:

Rosana Guber (2001) nos dice que *"la observación participante es el medio ideal para realizar descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos y para anclarlos en realidades concretas, poniendo en comunicación distintas reflexividades"* (Pp. 62) y agrega que:

> (...) consiste precisamente en la inespecificidad de las actividades que comprende: integrar un equipo de fútbol, residir con la población, tomar

mate y conversar, hacer las compras, bailar, cocinar, ser objeto de burla, confidencia, declaraciones amorosas y agresiones, asistir a una clase en la escuela o a una reunión del partido político. En rigor, su ambigüedad es, más que un déficit, su cualidad distintiva.

(...) consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias actividades de la población. Hablamos de participar" en el sentido de "desempeñarse como lo hacen los nativos"; de aprender a realizar ciertas actividades y a comportarse como uno más. La "participación" pone el énfasis en la experiencia vivida por el investigador apuntando su objetivo a "estar adentro" de la sociedad estudiada. Pero (...) ni el investigador puede ser "uno más" entre los nativos, ni su presencia puede ser tan externa como para no afectar en modo alguno al escenario y sus protagonistas. Lo que en todo caso se juega en la articulación entre observación y participación es, por un lado, la posibilidad real del investigador de observar y/o participar que, como veremos, no depende sólo de su decisión; y por otro lado, la fundamentación epistemológica que el investigador da de lo que hace. Pp. 56-57

Historias de vida:

Es pertinente aclarar que yo no trabajé con la trayectoria vital de los sujetos, sino con un recorte de la misma, en este sentido, Denzin (1989) hace una distinción entre los términos relatos de vida e historias de vida y propone reservar este último, para los estudios de casos sobre una persona determinada, incluyendo no sólo su propio relato de vida, sino también otras clases de documentos; por ejemplo, la historia clínica, el expediente judicial, los test psicológicos, los testimonios de allegados, etc.

Entrevista:

A través del diálogo directo permite obtener enunciados y verbalizaciones, es decir brinda relatos en primera persona. Es importante captar la significación del discurso de un sujeto en particular por lo cual no solo debe agudizarse la escucha, sino también la mirada, porque lo gestual y corporal muchas veces dice más que las palabras, todo lo que acontezca en el marco de la entrevista nos va a permitir capturar un recorte de ese todo en orden a mis intereses y objetivos. Debe ser una

técnica flexible y que en la marcha permita su rearticulación, siempre teniendo en cuenta que partimos de objetivos previos.

En este sentido teniendo en cuenta los diferentes tipos de entrevistas, utilicé en mayor medida las entrevistas en profundidad para poder reconstruir las historias de vida de los sujetos.

Análisis de historias clínicas:

La historia clínica es necesaria como instrumento profesional y jurídico, además de ser utilizada en la investigación, la estadística, la docencia y la administración. Su objetivo central es dejar documentada la práctica profesional ejercida y dado que debe recabar todos los datos personales del usuario, así como también un relato del proceso salud- enfermedad-atención, se vuelve una pieza clave en la reconstrucción de historia de vida de los sujetos lo cual remite al análisis documental.

Técnicas Grupales:

La implementación de las mismas en el taller me permitió no solo comprender y observar el comportamiento grupal, analizar los discursos, sino también las relaciones entre los sujetos y la puesta en común de experiencias. Este instrumento fue de utilidad para la construcción de respuestas a las sub preguntas ¿Qué entienden por trabajo los usuarios de este dispositivo? Y ¿Qué implicancias tiene en la vida cotidiana la participación de los usuarios en este espacio?

Registro de las observaciones:

Alfredo Carballeda marca la importancia de la recuperación de la historia de las instituciones psiquiátricas, que amplía la compresión del sujeto, incorporando otros planos al análisis, núcleos significativos del usuario en cuanto a su historia social, dando cuenta de un posicionamiento ligado más a lo interpretativo, en pos de conocer en mayor profundidad ese otro con el cual se interviene, así mismo se incluyen los planteos, observaciones, inquietudes e interrogantes, que quedan inscriptos y que son útiles en relación al tema de investigación. ¿Qué implica la

incorporación de las historias de vida? ¿Acaso tiene que ver con devolver la identidad, con construir autonomía, con un derecho vulnerado en los usuarios de los servicios de salud mental por haber sufrido un proceso de institucionalización que fragmentó su historia? ¿Acaso agregar las percepciones personales tiene que ver con la idea de que la intervención pase por el cuerpo y nos interpela física y emocionalmente?

A partir de la utilización de esta diversidad de técnicas de recolección de datos, el trabajo de campo estuvo compuesto de diferentes instancias:

- entrevistas a las profesionales coordinadoras del taller de vivero y jardinería: Lic. En Nutrición y Lic. En Trabajo Social, para conocer los fundamentos del taller, su proyecto y su modo de implementación, así como también la composición del grupo.
- lectura y análisis de historias clínicas para la reconstrucción de las trayectorias laborales y sociales de los sujetos.
- observaciones participantes del taller y registro escrito de las mismas.
- técnicas grupales en taller para que el grupo pueda compartir sus experiencias y para poder vislumbrar su dinámica de trabajo.
- entrevistas individuales con los usuarios del taller.
- todas estas instancias acompañadas de una constante reflexión crítica, problematización, análisis y sistematización de los datos obtenidos, acompañados de la pertinente lectura bibliográfica.

3.7 Métodos de análisis de datos empíricos

Los datos empíricos obtenidos fueron analizados a partir de tres métodos a saber, análisis documental, frases significativas y el método comparativo constante de Glaser y Strauss

Análisis documental:

Simons (2011) menciona que:

> (...) hay muchas formas de utilizar documentos para describir y enriquecer el contexto y contribuir al análisis de los temas. Empleo la palabra documento en un sentido amplio, para referirme no solo a los documentos políticos formales o los registros públicos, sino a cualquier cosa que se haya escrito o producido relativa al contexto o escenario (...) en los documentos escritos se pueden buscar pistas que ayuden a comprender la cultura de las organizaciones, los valores de las políticas subyacentes, y las creencias y actitudes del escritor. (Pp.97)

En este proceso de investigación planteo el análisis documental de proyectos y escritos referentes al Taller de Vivero y Jardinería del Hospital Escuela de Salud Mental, así como también de historias clínicas.

Frases significativas:

BADANO Y DIAZ:

> Se lee el texto desgravado completo tratando de sumergirse en quién es ése o ésa que habla, desde dónde lo hace, qué quiere decir. Es como si fuéramos hacia al texto, tomándolo como un todo, como una sola unidad de significación, a pesar de las varias dimensiones implicadas en temas, modos, tiempos y espacios. (Pp.3)

Los *temas* son *"aquéllas reiteraciones que marcan la pertinencia de las palabras y que ordenan la situación espacial y temporal (social-política-cultural-económica) de la persona que se habla a sí misma como destacándose y distinguiéndose del conjunto."* (Ídem)

Los *modos dirá Geertz* son los 'conceptos cercanos a la experiencia', esto significa que cada persona le imprime un significado a lo que dice desde su propia historia.

Método comparativo constante de Glaser y Strauss:

El método comparativo constante, es una valiosa herramienta de investigación para analizar datos cualitativos. En éste método los datos se van comparando, contrastando y validando permanentemente a través de procesos de triangulación

cada vez *más complejos*, con el fin de realizar comparaciones y posibles contrastes entre las distintas fuentes de información, para construir una teoría compleja.

Para orientar al lector he optado por la construcción de *sí mismos* a modo de presentación de las experiencias que se analizarán en este trabajo.

3.8 Rol del Investigador esperado

Teniendo en cuenta el marco que me ofrece el diseño cualitativo y el enfoque de las narrativas biográficas, mi rol como investigadora tendió a destacar el valor de la palabra del otro y sus experiencias vitales. Es importante remarcar el hecho de que el rol del investigador no puede ser determinado de antemano ya que nos encontramos investigando sobre una realidad social en la cual estamos inmersos y por lo tanto nos encontramos implicados en y por la misma, lo que sí se puede hacer es en base a los objetivos y propósitos de la investigación tratar de anticiparnos y construir una figura que en este caso es denominada como "rol del investigador esperado".

CAPITULO CUARTO

Acerca del contexto de la investigación

En este capítulo el lector se encontrará con una primera parte donde se trabaja la dimensión histórica del campo de la salud mental, abordando inicialmente el siglo XVIII en Europa, para luego trasladarnos específicamente a Argentina a la creación de los primeros hospicios y puntualmente a la emergencia del Campo de la Salud Mental en nuestro país. Seguido de lo cual se presenta una segunda parte que aborda el contexto de estudio de la investigación realizada, es decir, se habla acerca de la historia y el presente del Hospital Escuela de Salud Mental.

4.1 Dimensión histórica del Campo de la Salud Mental

Para hacer un seguimiento histórico del tema, es necesario trasladarnos a la Europa del siglo XVIII, para luego arribar a la contemporaneidad y más específicamente a la de Argentina.

El sin razón

Debemos hablar primero de Europa (siglo XVIII) ya que es allí donde comienzan a gestarse las prácticas que luego recibirán el nombre de prácticas psiquiátricas. Se puede decir que en el viejo mundo, post-secularización, en pleno Siglo De Las Luces, donde la razón universal del ser humano destrona a Dios para colocarse en el ápice de la pirámide, y darle a la humanidad un progreso eterno sostenido; el loco se presenta como la cara de la anormalidad y el sin razón. Y es ésta concepción acerca de la locura la que permite que se le dé el trato que se le dio. Es así que se toma la figura del loco como peligroso, sin cura o hasta se habla de posesiones demoníacas, lo que habilita a su vez prácticas de encierro, aislamiento (imaginario y prácticas que se fueron colando y persistieron por años, aun en la contemporaneidad) y hasta en un principio condenas de muerte por herejías, demonización, etc.

Frente al pensamiento hegemónico positivista el cual sostiene que el sistema es armonioso, natural y que es la persona la que debe adaptarse a él, aparece la figura del loco (junto a otras como la de los mendigos, alcohólicos, etc.) como

alguien anormal e inadaptado que debe ser encerrado y aislado de por vida ya que pone en riesgo al orden social, es así que surgen las instituciones manicomiales como lugares alejados de la ciudad, con una lógica carcelaria, habitaciones individuales, cuartos de castigo, métodos de tortura(chalecos de fuerza, azotes, encierro, etc.). Esta lógica manicomial se posiciona como un pensamiento hegemónico que trasciende el ámbito de la institución hacia toda la comunidad, de manera tal que se presenta como algo incuestionable, en tanto y en cuanto se lo considera como la única forma de tratar la locura; sus rasgos hegemónicos se presentan además en el hecho de que aún subsiste fuertemente este tipo de pensamientos.

El tratamiento moral de Pinel

Es recién a principios de siglo XIX que aparecerá un pensamiento diferente acerca de cómo tomar y/o tratar a la locura, este aparece de la mano de Pinel (denominado padre de la psiquiatría) quien va a proponer un tratamiento moral para que los sin razón cambien sus ideas, buscando generar condiciones más humanas. Si bien continúa pensando en el loco como alguien que debe ser apartado de la sociedad, en este momento se comienza a creer que la locura puede ser curada y que es necesario generar condiciones más humanas a favor del todavía denominado loco. No obstante, esta lógica genera métodos coercitivos físicos, dándole continuidad de esta manera a los tratamientos aun vigentes.

Freud y el psicoanálisis: la enfermedad mental

A mediados del siglo XIX aparece Freud con su teoría del psicoanálisis y es aquí donde se comienza a generar un conocimiento científico que colocará en escena la categoría "*enfermedad mental*" en detrimento de la de locura, generando así una ruptura en la visión acerca del loco. Si bien no aparece inmediatamente un pensamiento contra hegemónico que plantee una visión a partir de la subjetividad de la persona con enfermedad mental.

El hecho de hablar desde esta última categoría abre nuevas puertas y caminos creando las condiciones de posibilidad de emergencia de nuevos campos y

prácticas. Es también en este momento que la psiquiatría se une a otro poder, el judicial.

Argentina, reflejo de Europa

A continuación me centraré puntualmente en los procesos suscitados en Argentina en el siglo XX y la actualidad para cual tomaré los aportes de Enrique Carpintero y Alejandro Vainer.

En nuestro país, las prácticas psiquiátricas, eran un reflejo del pensamiento hegemónico de Europa, el mismo que fue explicitado con anterioridad, adquiriendo características propias con los diferentes movimientos políticos y sociales específicos de Argentina.

Serra (2010) nos dice respecto de esto que:

> El primer manicomio que se crea es el de mujeres, en 1854, y va a estar marcado por la tensión entre libertad para las mujeres que antes se encontraban encerradas en la cárcel, y encierro para las que deambulaban por la ciudad (Vezzetti, 1985: 44).Sin embargo, destaca Vezzetti (1985), el dispositivo psiquiátrico se va a constituir propiamente a partir de 1880, después de la creación de los hospicios, las cátedras y los primeros textos, como los de José R. Mejía y Lucio Meléndez. (Pp.41)

Las intervenciones en el ámbito de las enfermedades mentales se acotaban al suministro de psicofármacos, aislamiento, encierro, torturas y castigos, con una fuerte idea instaurada acerca de la cronicidad respecto de la enfermedad mental; caracterizando así a las prácticas manicomiales como intervenciones desubjetivantes, alejando al sujeto de la comunidad rompiendo sus lazos sociales y otorgándole a los mismos una etiqueta que los determinará durante su vida, desde una mirada moralizante de la locura. El médico se coloca frente al paciente y sus asistentes como el único capacitado y con autoridad para determinar el diagnóstico y el tratamiento.

Esta lógica responde a una lógica de mercado de psicofármacos, ya que si se considera a la enfermedad mental como un problema meramente biológico e individual, sin tener en cuenta el hecho de que el medio social influye (aunque no

determina) sobre el sujeto, la única forma de hacer frente al problema es mediante el suministro de psicofármacos durante toda la vida, lo que genera un mercado seguro para laboratoristas y farmacéuticos.

En palabras de Enrique Carpintero (2011), durante el modelo agro exportador, (1880-1930) el fomento de las inmigraciones implicó un desplazamiento de un gran número de personas del campo a las ciudades, las cuales crecieron rápidamente en número de ciudadanos pero no de reformas edilicias ni servicios básicos. Esto último provocó problemas sociales y sanitarios que comienzan a ser tratados de la mano del higienismo y sus prácticas de prevención. En las décadas siguientes quedan a la vista los límites de las políticas alienistas e higienistas debido a la indigencia estructural, propia de la lógica manicomial; y por la insuficiencia crónica de recursos que negaban las clases dominantes. Pero sin embargo, dirá el autor, se crearon nuevas instituciones de asistencia social de grupos vulnerables que fueron paralelas a las ofertas de los primeros servicios de internación psiquiátrica privada. *"Mientras los locos pobres tenían que ir a las instituciones públicas abandonadas, los que contaban con recursos económicos podían acceder a lugares de mayor confort y comodidad". (Pp. 15)*

Ya en el 45 durante el gobierno peronista, con las políticas de salud del Dr. Carillo se expanden los servicios asistenciales, pero el nivel de deterioro en los manicomios se mantuvo, en este sentido Serra (2010) menciona que:

> En el área particular de las políticas de Salud Mental, (...) define fundamentalmente la institucionalización del poder psiquiátrico en el país. (...) introduce el discurso de la prevención psiquiátrica como así también los principios de administración y planificación en las Colonias, marcando en este período una dominancia formativa-instrumenta.
>
> La caída del peronismo cierra de algún modo el período de institucionalización del poder psiquiátrico en la Argentina, al que le sucederán nuevos intentos de reformas que producirán diferentes líneas de rupturas y continuidades hasta el presente. (Pp. 43)

Pensar en una ruptura y en un pensamiento contra hegemónico en nuestro país implica pensar en el momento en el que un nuevo campo emerge en Argentina, el "Campo de la Salud Mental".

Emergencia del Campo de la Salud Mental en Argentina

Carpintero y Vainer (2011) mencionan que la Salud Mental como campo de prácticas destinadas al proceso salud-enfermedad en nuestro país emerge concretamente en 1957, año que significó una ruptura respecto de la hegemonía de la psiquiatría manicomial tradicional.

En dicho año ocurren tres acontecimientos importantes: se crea el Instituto Nacional de Salud Mental; se crea en la UBA la carrera de psicología; y se crea el Servicio de Psicopatología en el Hospital General de Lanús. Estos hitos fueron importantes ya que reconfigurarán el campo de la Salud Mental de tal manera que este ya no será patrimonio exclusivo de la psiquiatría, lo que implica su apertura a otros profesionales como ser Psicólogos, Terapistas Ocupacionales, Psicopedagogos, Trabajadores Sociales, entre otros; apareciendo así, experiencias en torno a lo mental que soslayan lo estrictamente médico.

La historia del campo de la Salud Mental está inseparablemente ligada a la de la historia de la Argentina y el mundo, es decir, a sus procesos políticos, económicos, sociales y culturales; es así que al pensar el surgimiento de este campo debemos pensarlo en el marco de la instauración de un modelo de estado determinado, el Estado de Bienestar.

Lo social

Con respecto a lo social, el imaginario de los 60 representa un pensamiento con grandes influencias en el campo. Este momento está atravesado por un imaginario que representa a toda una generación, que pensaba que todo podía y debía ser cambiado, será este un momento de gran critica de lo tradicional. Se caracteriza además por grandes migraciones internas, lo que genera un aumento de matriculas en las universidades que se convertirán en verdaderas usinas productoras de un pensamiento contra hegemónico y generadoras además de una contracultura dinámica.

Estos pensamientos de cambio se mancomunan con las producciones de la Escuela de Frankfurt, Paulo Freire, la anti psiquiatría, la psiquiatría comunitaria, los movimientos pacifistas despertados por la guerra de Vietnam, el Mayo Francés, la Revolución Cubana. *"Este imaginario de cambio social produjo una subjetividad marcada por un fuerte rechazo a la ideología dominante (...)".* (CARPINTERO Y VAINER: 2011. Pp.3)

Hasta ese entonces, el sistema manicomial se presenta defectuoso y solo se visibilizan intentos de cambios por parte del higienismo en las décadas del 40 y del 50. El paradigma psiquiátrico asilar se presenta consolidado en el imagino, no solo en los ámbitos médicos sino también en el conjunto de la sociedad, naturalizando al manicomio y a la exclusión como tratamiento de las enfermedades.

CARPINTERO Y VAINER (2011)

> Los hechos del 57 implicaron la posibilidad de una ruptura de la hegemonía de estas prácticas. Hay un pasaje que se da del manicomio a diversas instituciones y a la comunidad misma: hospital general, trabajos comunitarios, hospitales de día, formas de intervención parciales, prevención de crisis. Distintas clases de abordajes permitían y tenían como eje luchar contra el manicomio, sosteniendo la complejidad de la subjetividad humana y resistiendo cualquier forma de reduccionismo psiquiátrico (IDEM)

Esta ruptura significa un salto cualitativo dado por la Salud Mental, junto al hecho de que los psiquiatras son derrocados de sus puestos de únicos dueños del saber acerca de la Salud Mental y es allí donde ingresan al campo otras disciplinas como ser el Trabajo Social. Como dice Bourdieu es necesario decir que estas luchas aun continúan con nuevos obstáculos, con algunas adquisiciones, con nuevos agentes, logros, etc., pero continúan, siempre están presentes.

Lo político

La década del 60 en Argentina estuvo caracterizada por una sucesión entre dictaduras y gobiernos democráticos poco representativos. En 1966 asumió la presidencia el General Onganía, con el objetivo de adecuar la estructura social y económica del país a la concordancia internacional, para lo que fue necesario

imponer una dictadura corporativa y represiva. Una de las primeras medidas tiene que ver con la intervención de las universidades nacionales, una de las experiencias más conocidas es la de la UBA, en la que se reprimió por igual a estudiantes, profesores e investigadores, conocida como "La noche de los bastones largos", la que implicó la renuncia masiva de profesores y corrompió los Centros de Investigaciones de las universidades provocando el exilio de los mejores científicos de la época. A este doloroso clima se le contrapone otro de proliferación de grupos de estudios privados que difundirán las producciones teóricas de autores como Althusser, Levy Strauss, Lacan y Foucault.

En 1967 se lleva adelante el primer Plan Nacional de Salud Mental, alineado a las políticas de la OMS y con un intento claro de mejoras que promulgaba la externación de los pacientes y formación de servicios de psicopatologías en hospitales generales.

En este sentido y con estos fines se comienzan a expandir velozmente por todo el país las experiencias de Comunidades Terapéuticas, que refieren a un dispositivo creado por Maxwell Jones en la Inglaterra de post guerra, que apunta a la resocialización de los pacientes mediante una participación activa en la vida de la comunidad, a través de diferentes saberes y de la asamblea como lugar privilegiado en la toma de decisiones.

Carpintero y Vainer dirán, respecto de estas prácticas que las mismas dan cuenta de una profunda reforma dentro del campo de la salud mental, que la inauguración de dispositivos de mayor integración, abordajes grupales, terapias ocupacionales e instancias de trabajo interdisciplinario derrocará para siempre la hegemonía médica respecto de salud mental.

Los 70

La década del 70 es una década en la que todo se politiza, la política se convierte en la fuerza propulsora de lo social y como es de esperarse esto tiene su incidencia en el campo de la Salud Mental. Para entender esto debemos remitirnos a lo que significó el Cordobazo uno de los hechos políticos-sociales más

importante de la Argentina del siglo XX que tuvo lugar en Córdoba el 29 de Mayo de 1969, con fuertes movilizaciones de obreros y estudiantes. La importancia de este hecho reside en la carga simbólica del mismo, que creó un imaginario en el que era posible la transformación de la sociedad. El Cordobazo tuvo un "efecto bisagra" en la Salud Mental, a partir de este momento, las luchas ideológicas y teóricas dan un giro, la política entre en escena y se convierte en protagonista. La connotación de los denominados "Trabajadores de la Salud Mental" se modifica cualitativamente a partir de este acontecimiento *"Pensamos que esa denominación, fue uno de los emergentes de mayo del 69. El identificarse como parte de los trabajadores más que como profesionales de salud mental. El ser trabajadores permitió pensar en que el cambio social y político era posible."* (CARPINTERO Y VAINER: 2011. Pp.8)

Como sabemos este tipo de movimientos, pensamientos y prácticas contra hegemónicas, no encontraron una respuesta pasiva por parte de quienes detentaban el poder, respuesta que se hizo visible en *"la dictadura más sangrienta que vivió nuestro país".*

Estas estrategias de desintegración, desestructuración y cooptación implementadas a través de diferentes dispositivos que van desde lo material y lo físico a lo simbólico alcanzaron su cometido, lograron así entre otras cosas, dos cosas puntuales: hacer del imaginario de revolución social en pos de un cambio en las estructuras desiguales del sistema y de la politización de todas las esferas, un desaparecido mas y consolidar las bases para que un determinado tipo de estado pudiera concretarse a partir de ellas más adelante: el Estado Neoliberal.

El retorno a la democracia

Es así que en nuestro país el retorno de la democracia en diciembre de 1983 se va encaminando hacia los años noventa dentro de la instauración de un tipo de Estado en el que el mercado toma primacía.

Los logros alcanzados por las luchas respecto del nuevo paradigma que hablaban de lazos comunitarios, comunidades terapéuticas, sujeto activo en su tratamiento,

en fin todas desde una mirada de la complejidad, tomando a la persona como sujeto activo e histórico, se pierde luego de una efectiva intervención por parte de los grupos de poder, por lo que el campo de la Salud Mental desde el retorno de la democracia será un campo que deberá luchar contra viejos enemigos, pero principalmente contra el mercado. En este sentido la teoría crítica se enfrentará al comercio de los laboratoristas y farmacéuticos, beneficiados por la teoría tradicional que busca controlar la enfermedad mental, principalmente deberá enfrentarse al mercado. Pareciera que todas las practicas antimanicomiales que se dieron en la década de los noventa en muchos casos estuvieron destinadas más bien a la relocalización de los pacientes en otras instituciones *"promoviendo la formación de pequeños manicomios, esta vez dentro de las ciudades, y con una no tan clara visibilidad social"*. (Alberdi en Serra: 2010. Pp.48).

Respecto de este periodo, Jesica Else (2014) (cuya tesina es tomada como antecedente de esta investigación) plantea que:

> Con la reapertura democrática, la Dirección Nacional de Salud Mental se planteó como estrategias generales la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud y una integración intersectorial; la ampliación de la cobertura, incluyendo acciones de promoción y prevención, junto a la participación de usuarios. También el desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital-Enfermedad hacia el modelo Comunidad-Salud, el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en Salud Mental. En este período, muchas provincias crearon en sus propios hospitales programas de resocialización de pacientes y sistemas alternativos a los vigentes.
> Hubieron también, provincias que encararon importantes cambios legislativos, como Río Negro, Santa Fe y Entre Ríos y experiencias como la de San Luis y Río Negro, que pusieron en jaque el Modelo custodial que fortalecia al hospital monovalente, intentando reemplazarlo por un modelo comunitario que se asentaba en la promoción de dispositivos asistenciales sustitutivos del régimen asilar: Centros de Salud, hogares, casas de convivencia, así como la internación de corta estancia en servicios de Salud Mental en hospitales generales.

Es aproximadamente a partir del 2003, luego del estallido social del 2001 que las luchas en contra del poder se hacen explícitas y esto sucede también en lo que refiere a Salud Mental, es aquí que las ideas de los 60 y 70 comienzan a resurgir y el campo de la Salud Mental vuelve a ser repensado, los hospitales psiquiátricos

vuelven a pensar en los lazos comunitarios como parte fundamental del tratamiento, se vuelve a la idea de que la política es una verdadera fuerza de cambio y el "no te metas" se convierte en un "súmate", se torna obvia la idea de que la única forma de salir de la crisis es a través de la instauración de lazos comunitarios solidarios y esta "ola" también empuja al campo de la salud mental. Es así que se comienza el proceso de desmanicomialización de las instituciones psiquiátricas.

Enrique Carpintero (2011) nos dice que:

> (...) a más de cien años de la creación del dispositivo manicomial en la Argentina este sigue vigente como modelo custodial de los pobres que padecen desordenes psíquicos. El poder en el campo de la Salud Mental se encuentra en una alianza entre sectores del Estado, los grandes laboratorios, las instituciones de medicina privada, la burocracia sindical que manejan sus intereses en las obras sociales, el conjunto de las Asociaciones de Psiquiatras y las organizaciones médicas que se oponen a cualquier proyecto de transformación. Esto ha llevado a una psiquiatrización del campo de la Salud Mental donde el predominio de un neopositivismo médico pretende entender el padecimiento psíquico exclusivamente como un problema neuronal. Su resultado ha sido el avance de una contrarreforma psiquiátrica que lo único que le interesa es recetar psicofármacos. Aunque a veces se la disfrace de experiencia "progresista" porque a los pacientes se los medica en sus casas y los medicamentos los pague el Estado. (Pp. 22)

A modo de rápido raconto, todas las luchas que se dan desde el retorno de la democracia con la vuelta de los profesionales exiliados y más eufóricamente luego del estallido social, logran su máxima expresión en el 2010 con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657.

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657

Sancionada por unanimidad en el Congreso Nacional el 10 de diciembre de 2010 y reglamentada el 18 de marzo de 2013, representa la conquista y el resultado de un proceso de construcción colectiva, interdisciplinaria e intersectorial y de una

sostenida participación de organizaciones de la sociedad civil, usuarios, familiares y trabajadores de la salud mental.

Es necesario entender que esta ley es el fruto de muchos años de lucha al interior del campo de la Salud Mental, luchas políticas por la instauración de un nuevo paradigma de atención en Salud Mental. El cual apuesta al fortalecimiento de los lazos comunitarios, que pone el foco en el sujeto y su padecimiento para buscar alternativas que menos restrinjan su libertad, y no actúen negativamente sobre sus lazos comunitarios. Un nuevo paradigma, el paradigma de derechos.

Con esta legislación lo que se intenta es asegurar el Derecho a la Protección de la Salud Mental, y establecer puntualmente los Derechos que le asisten a aquellas personas con padecimientos mentales en relación al sistema de salud, tanto en el sector público como en el privado.

En el texto de la ley se entiende al proceso salud-enfermedad como un proceso determinado por caracteres históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, y coloca a las adicciones dentro del campo de la Salud Mental.

Tiene como horizonte la no cronicidad, haciendo una evaluación interdisciplinaria de las diferentes situaciones, utilizando al diagnóstico no como un determinante ni como una etiqueta eterna, sino como una guía, oponiéndose a la mirada tradicional en la que cada paciente le corresponde un diagnóstico determinado y riguroso que lo determina de por vida.

Esta mirada entiende al paciente como un sujeto de deseo, con derechos, sujeto social y que debe participar de manera activa en su tratamiento, tomando un camino que tiene como punto de llegada el encuentro con la subjetividad del paciente y su cotidianidad.

Esta perspectiva de la salud mental toma al paciente como un sujeto que habla y que dice un sujeto con derecho a dar su consentimiento respecto de su

tratamiento, lo que lo coloca como un portador de subjetividad y derechos, logrando así una reivindicación de los mismos.

La perspectiva de derechos aparece como una perspectiva de reivindicación de los mismos hacia el sujeto paciente, cabe destacar que en nuestro país los Derechos Humanos tienen rasgo constitucional.

Aparecen los siguientes derechos: a una atención sanitaria, social y humanizada; a conocer y preservar su identidad, los grupos de pertenencia; recibir una atención basada en fundamentos científicos acorde a principios éticos; a ser tratado con alternativas terapéuticas; ser informado de los derechos que lo asisten; poder tomar decisiones relacionadas a su atención y tratamiento; a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; entre otros.

Esta ley plantea además que el abordaje en el tratamiento debe hacerse desde un equipo interdisciplinario. Así como también promulga la necesidad del trabajo intersectorial, un trabajo que articule las diferentes áreas del campo social.

La ley prohíbe la apertura de nuevos manicomios y propone la adaptación de los ya existentes hasta su sustitución definitiva por dispositivos de inclusión social: atención con internaciones breves en Hospitales Generales, Cooperativas de Trabajo, Casas de Convivencia, Centros de Día.

4.2 Acerca del Hospital Escuela de Salud Mental

En este punto se desarrolla una breve referencia respecto del contexto donde se llevó a cabo la investigación.

La mayor parte de este punto está elaborada a partir de los aportes de la enciclopedia Genoma[8] y del trabajo de campo realizado.

---

[8] Ver sitio Web: http://genoma.cfi.org.ar/
El siguiente artículo fue redactado con los aportes bibliográficos de:

Los inicios del hospicio

El Hospital Neuropsiquiátrico 'Dr. Antonio L. Roballos' tuvo sus inicios en la sala creada por el propio Dr. Roballos en el Hospital de Caridad de Paraná, la que con el tiempo se transformaría en el actual hospital.

Este médico sanitarista a cargo de la Salud Pública, "se preocupó por primera vez de los enfermos mentales en nuestra provincia. Su primera acción consistió en retirar del Hospital de Caridad a los entonces 'dementes', para asilarlos en una Sala cedida para ese fin en dicho hospital (...) [3]

En junio de 1933, el gobernador de Entre Ríos Luis Etchevehere designó una comisión asesora que elaboró un plan sanitario, el cual comprendía la construcción de un establecimiento para enfermos mentales.

Ante la necesidad de atender un mayor número de pacientes, a mediados de la década del '40 se alquiló un nuevo local. Los cargos eran otorgados por la municipalidad ad honorem, brindando atención psiquiátrica cada quince días.

En el año 1952, ya aparece nombrado -en decretos y resoluciones de la provincia- como Policlínico Neuropsiquiátrico 'Dr. Antonio Roballos.

Entre 1958 y 1962, durante el gobierno de Raúl Uranga, se realizó la construcción del actual edificio en la zona de 'El Brete', rodeado de montes y campo, con un camino de acceso de tierra que en días de lluvia era prácticamente intransitable.

En 1963, el director Dr. Mors convocó a un grupo de damas de la ciudad y se conformó la Asociación Cooperadora del Hospital. La cual brindaba una ayuda

---

[1] - SALA, Arturo - "Comunidad terapéutica: la experiencia Roballos - Notas para la historia de una Comunidad Terapéutica", en "Cuadernos de psicología concreta", año 2 nº 3, 1971, Pág. 23 a 41. [2] - TRUCCO, María del Carmen - "Hacia una reconstrucción de una memoria viva: El Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Antonio Roballos (Paraná, Entre Ríos) desde su fundación hasta nuestros días", Tesis de Maestría en Salud Mental, Facultad de Trabajo Social - UNER, 1998 [3] - "Hospital 'Dr. Antonio L. Roballos' - Antecedentes Históricos", Memoria del Depto. Atención Médica del Ministerio de Salud de Entre Ríos - 1998-2000 ca., Pág. 68 a 87. [4] - GUEDES ARROYO, Luis C. - "El Tratamiento Moral - Experiencia Roballos - Comunidad Terapéutica", Ed. Vinciguerra, 2005. [5] - URANGA GALLINO, Francisco - "Orígenes de la psiquiatría en Paraná" - en Boletín Happening nº 66, 30-6-2007, Págs. 9 y 10. [6] - SORS, Ofelia - "Paraná - Dos siglos y cuarto de su evolución urbana" - 1730-1955, Paraná, 1981. [7] - MURATORE DE BADARACCO, M. - "Interventores federales 1962-1963" en Enciclopedia de Entre Ríos. Historia. T. III, Arozena Editores, Paraná, 1979

básica, en la provisión de algunos uniformes de enfermería, ropa para pacientes y medicamentos.
En marzo de 1963, durante la intervención de Leandro Ruiz Moreno, se inauguró el actual edificio del Hospital.

La comunidad terapéutica de Guedes Arroyo

El 1º de agosto de 1967, el Dr. Luis César Guedes Arroyo inició sus funciones como director interventor del hospital, enviado por el Instituto Nacional de Salud Mental -INSM-, en reemplazo del Dr. Mors, quien aún dirigía la institución. En su intervención realizó importantes modificaciones tendientes a su reorganización, y al desarrollo de la primera Comunidad Terapéutica del país. Por primera vez se aplicaban las nuevas ideas de desmanicomialización: el Dr. Guedes convirtió un manicomio en un hospital de puertas abiertas, eliminó electroshocks y chalecos de fuerza.
En septiembre de 1967 se inaugura el servicio de hombres, con una capacidad de 30 camas. El servicio de mujeres contaba con 100 camas repartidas en dos salas.
El Hospital funcionaba en su totalidad como 'Comunidad Terapéutica', entendida como una gran organización compleja de personas y actividades, cuya finalidad principal consistió en lograr un ambiente terapéutico para sus enfermos. Se propuso tratar al enfermo "como a nosotros mismos", según los principios del 'Tratamiento Moral', lo cual significó un desafío frente a las estructuras rígidas tradicionales de la asistencia psiquiátrica manicomial. El equipo multidisciplinario tenía como consigna aplicar los conceptos de Comunidad Terapéutica y poner énfasis en la expansión de sus roles profesionales a través del trabajo en equipo.
La Asociación Cooperadora del Hospital brindó su apoyo y colaboró con equipos y emprendimientos que mejoraron el ambiente del Hospital, tales como: peluquería para damas y para hombres, música funcional, conmutador, biblioteca, bandejas para autoservicio, Terapia ocupacional -máquinas de coser, soldadoras para herrería, equipo para peluquería, materiales para deportes-, capilla, estufas y otros.

La 'Experiencia Roballos' tuvo su origen en los cambios que se venían dando en la psiquiatría, y puede considerarse el origen de otras experiencias como la de Raúl Camino en Federal, Wilbur Grimson en Lomas de Zamora, Jorge García Badaracco en el 'Hospital de Día' del Borda, el Proyecto de Sectorización Geográfica (Operación Moyano-Ameghino); y las de Tucumán, Corrientes, Santiago del Estero y Córdoba. Esta experiencia fue el inicio del programa nacional que el INSM había puesto en marcha.

El Hospital reunía en ese momento las condiciones necesarias para convertirse en "Hospital Piloto", de entrenamiento y atención en Salud Mental, no sólo a nivel regional, sino también nacional y como referente en América Latina.

En enero de 1968, como resultado de las recomendaciones formuladas por los asesores de la Oficina Sanitaria Panamericana de la OMS-Organización Mundial de la Salud, y las autoridades sanitarias, el Hospital Roballos fue re-inaugurado como 'Primer Centro Piloto Psiquiátrico Regional' de la Argentina, en un acto al que asistieron el gobernador, autoridades provinciales y el Ministro de Salud de la Nación Dr. Ezequiel Dago Holmberg.

Durante el año en que se desarrolló la Experiencia Roballos-Comunidad Terapéutica, algunos sectores conformados por médicos locales y funcionarios se sintieron amenazados por esta experiencia inédita y revolucionaria, por la cual el Hospital Roballos se transformó en un hospital de puertas abiertas. Dichos sectores pusieron todo su empeño para interrumpirla a cualquier precio, lo cual lograron cuando el Instituto Nacional de Salud Mental decidió retirar al Dr. Guedes Arroyo de su función (1967-68).

Fue entonces cuando la mayoría del personal y los profesionales del equipo del Roballos decidieron alejarse de la institución, lo cual provocó un estancamiento en el funcionamiento del Hospital -varios servicios dejaron de funcionar-. A continuación se sucedieron los directores, pero variando poco su organización y funcionamiento, los cuales no respondían a una programación concreta que marcara un camino a seguir.

El siguiente director fue el Dr. Luis Pettina (1968-70) quien emprendió su reorganización prosiguiendo con el modelo de Comunidad Terapéutica. Luego se

llamó a concurso para la dirección del Hospital, instancia en la que asumió el Dr. Eduardo Barbagelata (1970-76).

A éste lo sucedió el Dr. Rubén Oscar Cook (1976-84), durante su dirección se dedicó un considerable esfuerzo en la capacitación de recursos humanos a través de cursos y ateneos.

A partir de 1984 se sucedieron en la dirección diversos profesionales, destacándose la corta gestión de la Dra. Mireya Montoya (1986), en la que se llevaron a cabo las primeras jornadas interinstitucionales de psiquiatría, a la que concurrieron profesionales de toda la provincia.

En la década '80/'90 se cerraron definitivamente los boxes de contención, y se comenzó a admitir a residentes en Salud mental.

En el año 1991 se conformó un equipo de externación de pacientes y se estableció el primer Hospital de Día 'Del Brete'.

Luego se sucedieron como directores los Doctores Jorge Grinberg (1991-93) y Francisco Uranga Gallino (1994-96)-.

En 1997 -bajo la dirección del Dr. Ernesto Garavaglia (1996-2000)- la organización del 2° Encuentro de Arte y Salud Mental, actividad a la que asisten pacientes de los hospitales psiquiátricos de la provincia y de otras instituciones de Salud mental. Este encuentro guarda relación con un movimiento generado por el Hospital Borda en la línea de "prácticas alternativas" o políticas de desmanicomialización.

En el año 2000 asume el Dr. Carlos Mussi, que -luego de varias décadas- vuelve a plantear políticas de desmanicomialización.

Todos estos sucesos que a lo largo de la historia de la institución, han marcado conflictos, acuerdos, crecimientos y retrocesos, han definido la identidad del Hospital Roballos, pues lo hacen singular y diferente de los demás.

En 2010 a partir de la sanción de la Ley de Salud Mental hubo varios cambios, entre ellos se destaca la modificación del nombre de algunos hospitales de Salud mental del país: el de Mendoza pasó a llamarse Hospital Escuela de Salud Mental 'Dr. Carlos Pereyra'; el de Entre Ríos perdió su nombre distintivo, pues se lo llamó

Hospital Escuela de Salud Mental, pero se eliminó 'Dr. Antonio L. Roballos' de su nombre. Tanto el cambio de nombre -por decreto de diciembre de 2010- como muchas otras innovaciones, fueron realizados siendo directora la Lic. en Trabajo Social Alicia Alzugaray, primera directora no médica del Hospital (2004-11).
En línea con la mencionada ley, se desarrollaron nuevas prácticas sanitarias para responder a las actuales problemáticas de padecimiento psíquico, lo cual ha ocasionado una profunda transformación de los servicios.

En el año 2011 asume la dirección del Hospital Escuela de Salud Mental el Dr. Carlos Berbara. Una transformación significativa durante su mandato fue el hecho del cambio de nombre de lo que hasta el 2012 fuera Servicio de Terapia Ocupacional actualmente Dispositivo de Atención Psicosocial (en el cual se enmarca el taller de vivero y jardinería), esto ocurre en un contexto de cambios en el campo de la Salud Mental, impulsando nuevos modos de abordaje del sufrimiento mental.
Esto no solo significó un cambio de denominación sino que implicó una transformación desde lo disciplinar a lo interdisciplinario, a la vez que una legitimación de prácticas que ya se venían realizando en el dispositivo.

El hospital hoy

Actualmente el director del Hospital Escuela es el Lic. Alejandro Ruiz.
Se trata de una institución interdisciplinaria de formación y atención en Salud Mental, que brinda diferentes servicios y está compuesto de diversos dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial, a saber: Hospital de Día, Extensión Comunitaria y Epidemiología, Dispositivo de Atención Psicosocial, Equipo de Externación, Guardia Interdisciplinaria, Servicio de Consultorios externos, Servicio de Internaciones, Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, Grupo GIA, Centro Huella, Equipo interdisciplinario de Admisión, Área de Comunicación Social, Servicio de Clínica Médica, Farmacia y Laboratorio.

CAPITULO QUINTO

Reconstruyendo la historia del taller de huerta

En este capítulo procedo a la presentación del taller de vivero y jardinería situándolo primeramente en la orgánica institucional como transversal a Hospital de Día y al Dispositivo de Atención Psicosocial. Seguido de esto desarrollo brevemente la historia del taller, así como también me refiero al proyecto, objetivos y funcionamiento del mismo. Posteriormente abordo la definición y alcances del Programa de entrenamiento Laboral, considerando al mismo como estructura de la huerta como se verá en los capítulos posteriores.

Para finalizar comparto mis reflexiones en relación al juego entre lo sustitutivo y lo alternativo a la lógica manicomial, categorías que empleo en relación al espacio de huerta.

TALLER DE VIVERO Y JARDINERIA "EL ESFUERZO Y LA ESPERANZA"

5.1 Para situarnos...

El taller de vivero y jardinería *"El Esfuerzo y la Esperanza"* es un espacio grupal laboral- clínico que se enmarca en los denominados dispositivos sustitutivos[9] a la lógica manicomial, a saber el Dispositivo de Atención Psicosocial y el Hospital de Día los cuales forman parte del Hospital Escuela de Salud Mental[10] de la ciudad de Paraná, organización institucional que es parte de la Política Pública de Salud del Estado.

Hospital de Día

Es un dispositivo de atención ambulatoria para personas con grave sufrimiento mental. Se ofrece asistencia individual y grupal tanto en el ámbito del dispositivo como en el comunitario/domiciliario. Continuando con la apuesta política del

[9] Se pueden encontrar los orígenes de esta palabra en los movimientos de reforma psiquiátrica de Brasil, así como también en los aportes de Basaglia en Italia principal exponente de la psiquiatría democrática. Puntualmente en Argentina tenemos las Experiencias de Río Negro de la mano de Hugo Cohen y San Luis con Jorge Pellegrini. Esto es importante desde lo conceptual, sustitutivo y no alternativo porque alternativo significa que hay otra opción; sustitutivo viene a marcar que es una cosa por otra.

[10] Institución que ha sido abordada en el capítulo cuarto.

hospital, la atención brindada es sostenida por equipos interdisciplinarios, funcionando como un soporte de lo cotidiano permitiendo la reorganización del mismo y la construcción de lazos sociales. Promoviendo el sostén en el ámbito de pertenencia de los usuarios, ampliando la red social, y evitando el deterioro provocado por el aislamiento y la desarticulación social. Cuenta con diversos talleres: curso de informática, almuerzo, futbol A Puro Sol, Mate Hits, micro emprendimiento Vital, talleres de juegos, plástica, cine, huerta y literatura.

Dispositivo de Atención Psicosocial

Es un dispositivo clínico interdisciplinario que deriva de la reconversión del ex Servicio de Terapia Ocupacional, el cambio de nombre remite al proceso de transformación de las prácticas que se viene produciendo en el hospital. La estrategia de intervención se fundamenta en el ofrecimiento de tareas y espacios grupales como recursos para acompañar la reorganización de lo cotidiano, es decir se encuentra dirigida a aquellas personas que presenten dificultades en la organización del mismo. Se supone el tratamiento de la situación particular en referencia y complementariedad con equipos tratantes de las salas de internación, consultorio externo y guardia. Entre las actividades que ofrece este dispositivo encontramos actividades culturales y recreativas, laborales, comunitarias y las denominadas de la vida diaria.

Entiendo al Dispositivo de Atención Psicosocial y Hospital de Día como políticas sociales propiamente dichas, y a la huerta como un proyecto dentro de las mismas. En este sentido la política social *"es un conjunto de decisiones que crean derechos y obligaciones en la sociedad involucrada y en el propio sector dominante"* (FERNÁNDEZ; ROZAS: 1988. *Pp.23)*. Lo cual se puede interpretar, como la obligación que tiene el Estado a través de estas herramientas de garantizar el cumplimiento de los derechos de todos los ciudadanos. En el caso puntual que aquí estoy trabajando, de los usuarios de los servicios de Salud Mental, hablo de atención sanitaria y social integral y humanizada, recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades promoviendo la integración familiar,

laboral y comunitaria; derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable, entre otras.

5.2 Como todos le dicen... "la huerta"

El taller de huerta ha existido históricamente en el Hospital Escuela de Salud Mental y ha ido modificando sus objetivos con el paso de los años. Las profesionales entrevistadas refieren al mismo como un "*espacio eterno*" junto con el taller de cocina, debido a que son espacios convocantes dado el rédito económico que prevén.

El recorte temporal metodológico realizado para este trabajo de investigación refiere al año 2015-2016, lo cual conlleva la necesidad de indagar unos años atrás la historia de conformación del actual taller de Vivero y Jardinería.

Este espacio se crea en julio de 2012, como espacio transversal al Dispositivo de Atención Psicosocial y a Hospital de Día, enmarcado en un proyecto de "Emprendimientos Asociados" presentado a la Dirección Provincial de Salud Mental en el año 2011 que tomaba como referencia experiencias de talleres laborales, micro emprendimientos, gestión de planes de empleo, propuestas de larga data del Servicio de Terapia Ocupacional y de Hospital de Día. La idea de transversalidad remite también a todo el hospital, es decir que todo paciente internado o ambulatorio pueda incluirse.

Como bien mencionara en el capítulo primero, es en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657 que se piensa al dispositivo Huerta teniendo como eje la inclusión socio-laboral sin perder de vista su veta terapéutica a través de la producción de lazos sociales.

La referencia a la reciente ley de Salud Mental tiene que ver con que promueve en su artículo 11 la creación de *"servicios de inclusión social y laboral"*, y en su artículo 36 plantea el *"desarrollo de planes específicos de inserción socio-laboral"*

los que "deberán contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria".

El mismo brinda la posibilidad de articular el trabajo a un proceso de tratamiento propiciando una instancia de producción de lazos sociales en los cuales se producen rupturas como consecuencia del sufrimiento y propone además para un sujeto la oportunidad de transformarse en protagonista en lugar de asistido, favoreciendo la circulación social como ciudadanos y la autonomía. Supone la compleja relación entre producción de bienes y servicios y la producción de subjetividad. Este espacio junto con la producción de un producto posible de ser inserto en el mercado busca producir procesos de salud-enfermedad-atención, estamos entonces, frente a un espacio terapéutico que apunta a la inserción social y laboral de los usuarios.

Está dirigido a aquellos:

> (...) usuarios en situación de vulnerabilidad psicosocial y de desempleo, apostando a trabajar la fragilidad del trabajo y de las relaciones con los otros. Es así, que este Proyecto se enmarca en el concepto de *Empresa Social*, el cual tiene como horizonte de sentido político no solo el trabajo, sino lo terapéutico, ya que permite producir algunos movimientos, micro-transformaciones en la vida cotidiana de nuestros usuarios. Se piensa que desde este espacio se puede dar la promoción de autonomía, de protección y producción, habilitando a un proceso de restitución de la Subjetividad y por lo tanto de recuperación del poder contractual, o sea, el proceso de ciudadanía. (SUPPO, S y YUJNOVSKY, N. 2011)

Además se contribuye a la re significación de las representaciones sociales respecto de la locura que refieren a la peligrosidad, incapacidad, inhabilitación e improductividad.

Entre sus objetivos se mencionan la reconstrucción y fortalecimiento de los lazos sociales basados en la solidaridad, el compromiso, el compañerismo y la inclusión, respeto por el otro, laboriosidad, perseverancia, tolerancia, toma de decisiones y trabajo en equipo.

> Mariana Paulín Devallis y Alfonsina Arrondo Constanzo (2005) en la Revista Topia N°66 dicen respecto de la rehabilitación psicosocial según Tykanori que la misma es:
> (...) un proceso de restitución del poder contractual de los usuarios, con vistas a ampliar su autonomía. Es a partir de este marco referencial que se busca sustituir los mecanismos tradicionales de exclusión de las personas con padecimiento mental, valiéndonos de múltiples estrategias concretas que aborden como dice Benedetto Sarraceno las tres áreas en que todos los seres humanos desenvolvemos nuestra vida: hábitat, trabajo y mercado (como ámbito de múltiples intercambios). (...) para el sufriente mental que ha sido catalogado por su familia y la sociedad como incapaz, la participación activa en la organización de los espacios creativos, el diálogo, la búsqueda autónoma de recursos, el espíritu crítico frente a la propia tarea y a la de los demás, los intercambios y el trabajo cooperativo, facilita aprendizajes significativos, que pueden ser aplicados en otros contextos y no solo en el ámbito de los talleres. (Pp.3)

Partiendo de entender al Campo de la Salud Mental y de la atención psicosocial *como "un proceso complejo que debe recuperar la condición de ciudadanía y de sujeto de derecho de las personas que han sido atrapadas en los dispositivos manicomiales"* (AMARANTE: 2009. Pp.33), es que se piensa que desde el espacio de huerta se puede dar la promoción de autonomía, de protección y producción, habilitando a un *"proceso de restitución de la subjetividad y por lo tanto de recuperación del poder contractual, o sea el proceso de ciudadanía"* (Espacio de Formación. Servicio de T O, 2002: Pp.10)

El compromiso y la participación son dos elementos fundamentales y necesarios para que procesos de autonomía se lleven adelante. Si pensamos en la Ley 26.657 donde se menciona que el sujeto tiene derecho a poder tomar decisiones relacionadas a su atención y tratamiento; creo que aquí eso se puede interpretar a través de la participación en la formulación de los acuerdos de convivencia o las asambleas del taller, estando implicados en su propio proceso de salud enfermedad-atención. Es en este punto que se torna fundamental el espacio de Asamblea como constitutivo del taller de huerta. Las decisiones que se toman en la misma dan cuenta de la apropiación del espacio así como de los procesos de autonomía de los usuarios.

En el espacio de asamblea son los usuarios quienes proponen los temas a tratar como por ejemplo: elementos necesarios para la actividad; costos y ganancias; estética de los productos; gestionar recursos humanos, materiales y económicos; compra de materiales; organización del espacio y la tarea; planteo de posibles problemas o dificultades en el espacio; asistencia y horarios. El desarrollo de la misma se deja asentado en un acta que sirve de referencia para próximas reuniones así como también para ir evaluando el proceso grupal.

Como mencionara anteriormente, está dirigido o destinado a usuarios de Salud Mental tanto internados como ambulatorios. A quienes se los piensa en algún momento en la posibilidad de poder capacitar a personas interesadas en la temática, por fuera del hospital. Esto tiene que ver con unos de los objetivos que se pretende con el espacio, que es lograr armar algo por fuera del hospital, como plantean las coordinadoras del espacio: *"salir afuera, salir a la comunidad"*, como bien plantea la Ley Nacional, desmanicomializar las prácticas.

Las profesionales refieren a que lo mencionado anteriormente es un objetivo inconcluso, no porque no se haya intentado sino porque creen que aun la sociedad, instituciones, sujetos y hasta los mismos usuarios parecieran no estar dispuestos, listos a aceptar estos cambios, estas condiciones, las apuestas y las renuncias que implica hacer este movimiento tan imprescindible y necesario.

¿Qué sucede con lo comunitario, cómo armar redes que posibiliten un circular por fuera de la institución? ¿Cómo trabajar las resistencias de los usuarios y la expulsión de las instituciones o lugares posibles?

El taller se renueva año tras año; a partir del año 2015 se lo hizo a través de la incorporación del vivero.

Se piensa en una duración de 8 meses, lo que tiene que ver con el reglamento y los requisitos de los PEL (Programa de Entrenamiento Laboral), mediante el cual se tramita la posibilidad del cobro por parte de los usuarios del taller desde el año 2013. Dicho programa es una política social compensatoria, que da estructura a la huerta, convirtiendo un espacio de taller clínico en un espacio marcadamente

laboral. Hasta abril de 2016 se siguió trabajando con el proyecto de auxiliar de vivero y jardinería, luego ese proyecto culminó cumplido los 8 meses, y a partir del mes de julio se implementará un nuevo proyecto.

"Por la cuestión del rédito económico es un espacio que convoca, siempre se pensó la huerta por ese lado, si bien al principio no estaban estos programas. Siempre a ellos se les planteó como un espacio laboral que costaba mucho porque no salían las cosas. Antes no teníamos el programa pero siempre se pensaba que cuando se coseche y se venda es plata para Uds." (Lic. En nutrición: noviembre de 2015)

Respecto de su funcionamiento actual, el taller funciona los días lunes y jueves de 9 a 11 de la mañana, en los denominados días de producción, y los demás días de la semana se trabaja en el mantenimiento del espacio.

Los participantes son 5 usuarios en condición de ambulatorios, y uno interno del Hospital Colonia de Diamante en proceso de externación.

En este sentido respecto de su conformación la Lic. En Trabajo Social me decía:

> *"La condición de ambulatorio permite otros recursos. Ya que la internación produce otras cosas, aplana. Cuando se suman usuarios internados se evalúan otras cosas, más que nada apunta a lo terapéutico (...) el objetivo de la inclusión es otro (...) eso también tratamos de explicárselo a los usuarios, porque bueno es alguien más trabajando y por ahí siempre lo económico en algún momento se va a jugar".* (Noviembre de 2015)

A lo que la otra coordinadora agrega, *"(...) se evalúa si se pueden relacionar con otros, la interacción, si sostienen o no el espacio".* (Lic. En nutrición: noviembre de 2015)

5.3 Programa de Entrenamiento Laboral

Como mencionara en párrafos anteriores, parto de entender al Programa de Entrenamiento Laboral como una política social compensatoria, y con esto hago

referencia a aquellas políticas implementadas por los Estados, dirigidas a quienes se encuentran en situación de desigualdad.

El Programa de Entrenamiento Laboral, es una línea del Programa acciones de entrenamiento para el trabajo para trabajadores con discapacidad, en este caso línea de entrenamiento en instituciones sin fines de lucro, que depende del Ministerio de trabajo. En un primer momento se presentó por la línea de entrenamiento para instituciones públicas, pero este año se suspendió esta rama del programa, por lo cual todos los proyectos laborales del hospital fueron presentados vía cooperadora del mismo.

La ley de empleo N° 24.013 asigna al Ministerio de trabajo, empleo y seguridad social competencias para diseñar y ejecutar programas destinados a promover la calificación e inserción laboral de trabajadores con discapacidad y de trabajadores que integran grupos vulnerables o protegidos. En virtud de ello a través de la Resolución 708/2010 se establece dentro de las Acciones de entrenamiento para el trabajo una línea de acción de entrenamiento para trabajadores con discapacidad[11].

Una clara justificación para el Programa de Entrenamiento Laboral la encontramos en la reglamentación del capítulo 4 de la ley 26.657, artículo 7 punto p) *Entiéndase por "justa compensación" a la contraprestación que recibirá el paciente por su fuerza de trabajo en el desarrollo de la actividad de que se trata y que implique producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados. El pago de dicha compensación se verificará siguiendo las reglas, usos y costumbres de la actividad de que se trate. La Autoridad de Aplicación, en coordinación con el Ministerio De Trabajo, Empleo Y Seguridad Social, deberá fiscalizar que no existan abusos o algún tipo de explotación laboral.*

[11] Sitio Web del Ministerio de trabajo, Empleo y Seguridad Social de la República Argentina.

5.4 Entre los discursos y las prácticas: ¿sustitutivo o alternativo?

Estamos frente a un *"escenario complejo donde lo transitorio corre el serio riesgo de tornarse en lo permanente y donde lo que se propone como sustitutivo al manicomio corre el riesgo de tornarse complementario".* (SERRA: 2010. Pp. 136)

Por eso al momento de plantear esta investigación me interrogaba si sustitutivo o alternativo. Si hablamos aquí de un dispositivo clínico- laboral que pretende ser una sustitución del modelo asilar-manicomial o una simple alternativa que coexiste sin tensiones con lo manicomial. Es decir si este dispositivo forma parte de un engranaje mayor que va en pos de desmanicomializar las prácticas y transformar el manicomio, descentralizar la atención y sobre todo hablamos aquí del respeto por los Derechos Humanos.

A partir de la investigación realizada, considero que este dispositivo forma parte de una apuesta hospitalaria mayor que opta ética y políticamente por la sustitución del modelo manicomial- asilar, y como toda transformación es un proceso lento iniciado ya hace bastante tiempo que obtiene su impulso de los trabajadores del campo de Salud Mental y que tiene una fuerte herramienta política para luchar por el cambio y por los Derechos Humanos como lo es la Ley Nacional 26.657.

Podemos encontrar los orígenes de la palabra dispositivo sustitutivo en los movimientos de reforma psiquiátrica de Brasil, así como también en los aportes de Basaglia en Italia principal exponente de la psiquiatría democrática. Puntualmente en Argentina tenemos las Experiencias de Río Negro de la mano de Hugo Cohen y San Luis con Jorge Pellegrini.

Parto de pensar el juego entre lo "alternativo a la lógica manicomial" y lo "sustitutivo a la lógica manicomial", como un juego que está presente en las prácticas y que necesita ser nombrado.

Como bien he mencionado estos cuatro movimientos de referencia, las diferentes propuestas de reforma psiquiátrica alrededor del mundo, surgieron como alternativas a la lógica manicomial-asilar hegemónica e imperante durante muchos

siglos. Lo que trato de plantear es cómo se constituyeron en alternativas y poco a poco algo que fue alternativo se fue constituyendo en sustitutivo de los mecanismos propios de la lógica del manicomio.

El hecho de hablar de alternativo refiere a que lo "otro" en este caso lo manicomial, sigue existiendo, cuestión que debe ser entendida como parte de un proceso mucho más amplio como lo es el proceso de desmanicomialización y de reforma de las instituciones psiquiátricas. Es un proceso en construcción, al interior de un campo multidimensional, polisémico y complejo como es el de la Salud Mental.

CAPITULO SEXTO

Presentación de los sí mismos.

[12]En este punto presentaré al lector una reseña de cada uno de los talleristas entrevistados durante la realización de esta tesina, los protagonistas de este trabajo. Recuperar la historia de estos sujetos fue y es un instrumento imprescindible para situarlos como sujetos históricos-sociales, y permitió ir armando sus trayectorias de vida y así tener algunos indicios de cómo esas marcas se plasman en su cotidianeidad, en su andar, en su transitar, ya que la historia de una persona nos habla del modo en el que ese sujeto en particular ha recorrido el mundo.

La construcción de los sí mismos varían en extensión y cantidad de datos aportados, lo cual se debe al número de encuentros mantenidos con los sujetos que aquí se presentan, debido a que en algunos casos dejaron de concurrir al espacio y en otros se tornó difícil trabajar la recuperación de sus trayectorias vitales debido a sus patologías de salud mental.

- **Emanuel**

Tiene 34 años, nació en Paraná y toda su vida vivió en el Barrio Macarone de dicha ciudad. Tiene ocho hermanos, dos de los cuales han fallecido años atrás. Actualmente vive con sus padres y una hermana, su madre aparece como una figura de importancia en su vida.

En las entrevistas refiere a una infancia difícil, dura, muy problemática en un contexto de pobreza, así como en su adultez menciona reiterados problemas con la policía y vecinos del barrio, *"a mí me pasó de todo en la vida"* (noviembre 2015)

A lo largo de su vida Emanuel ha realizado todo tipo de *changas* como él las llama: *"yo trabajé cortando pasto, vendiendo pescado, haciendo un poco de todo... cirujeaba, juntaba botellas, vidrios todo eso. Eso yo lo hice y como ahora me salió esto acá tengo un trabajito"*; *"siempre nos rebuscamos para no caer"*. (Ídem).

[12] Con motivo de resguardar la identidad de los sujetos que aquí se presentan he empleado nombres de ficción.

Comienza a atenderse en el Hospital Escuela de Salud Mental en el año 2010, llega derivado del Hospital San Martín producto de un fuerte golpe en la cabeza *"me golpearon la cabeza y no volví a ser el mismo"; "empecé acá del golpe que tuve, no sé si me golpearon o que, yo caí acá. Hace muchos años".* (Ídem). Empieza a concurrir a consultas psicológicas y psiquiátricas y en ese mismo año se incorpora al taller de plazoletas y cocina del Dispositivo de Atención Psicosocial. En el año 2013 se le realiza una admisión para el taller de huerta "La Productiva" mencionando en aquel entonces *"tengo ganas de trabajar".* (Ídem) Junto con la participación en este taller se incorpora al lavadero de autos en el año 2014, proyecto que luego se vio interrumpido. Actualmente concurre al taller de jardinería y vivero donde ocupa la figura de líder.

"Yo me despejo de mi casa y vengo acá a laburar" (octubre 2015). Las coordinadoras del taller mencionan que desde su participación en el espacio, cuando el mismo se interrumpe, sea por vacaciones o por otras circunstancias Emanuel se descompensa, lo que implica que el espacio grupal es una pilar fundamental en su tratamiento.

En reiteradas oportunidades Emanuel manifiesta *"estaría bueno conseguir un trabajo afuera, eso es lo más bueno (...) yo puedo dejar la huerta y conseguir un trabajo afuera, yo salí afuera y es difícil, no es como que vos venís acá y haces la tuya. Afuera es distinto es otro trato. Me gustaría tener un trabajo pero afuera. Es más lindo estar afuera que estar muy encerrado acá (...) ya averigüé pero no te dan pelota"* (noviembre 2015). Se puede ver claramente la barrera simbólica entre la organización institucional y el resto de la comunidad y cómo esto se juega en Emanuel (y no solo en él). ¿Cuáles son los alcances de su tratamiento frente a una inexistente inclusión social real que él demanda?

- **Adriano**

Tiene 38 años, nacido en la ciudad de Paraná. Es usuario del Dispositivo de Hospital de Día, comienza a concurrir en 2004 al hospital acompañado de sus

padres por consumo problemático de sustancias. En las entrevistas me comenta: *"Yo estuve internado en Puiggari, me trasladaron allá por adicción a las drogas" (noviembre de 2015)*

A lo largo de los años Adriano ha transitado por la oferta de talleres de Hospital de Día, como reciclado, cuenta cuentos, cocina, teatro, literatura, futbol, almuerzo, plástica, huerta, carpintería, algunos que ya hoy en día no existen. Siempre se ha incluido en espacios grupales, *"yo acá vengo hacemos carpintería, a veces futbol, después reunión de viajes y este jardín esfuerzo y voluntad. Tengo cocina ahora los miércoles"*; *"yo vengo de lunes a jueves y los viernes a la siesta vamos a caminar al parque con mi terapeuta... y después en casa tomo mate, escucho música..."* (ÍDEM)

Adriano me comenta *"ya vamos para tres años en el jardín esfuerzo y voluntad"*. Durante su participación en el espacio he podido ser partícipe de algunos avances en relación a la apropiación del espacio, de la tarea y responsabilidades que ha podido realizar. Como así también en este último tiempo se evidencian en Adriano ciertas cuestiones que demuestran que podría estar sucediendo algo en el espacio grupal. Él sería el porta vos del grupo, cuando aparecen situaciones problemáticas que desde la coordinación no se pueden observar. Esto denota la importancia de que todos los espacios deben tener un tiempo prolongado para producir efectos clínicos.

- **Rulo**

Tiene 42 años y nació en Paraná. El relata que llega al Hospital Escuela de Salud Mental por una orden judicial por daños y perjuicios, *"yo vengo porque no quiero acudir a la justicia"* (noviembre de 2015), se atiende en dicha institución hace 20 años.

Refiere a una vida complicada, atravesada por el consumo problemático de sustancias y las deudas económicas provocadas por dicho consumo, *"yo necesito*

plata por eso vengo... me gasto la plata en drogas" (ÍDEM). Sus condiciones reales de existencia, especialmente su vivienda, están determinadas por una extrema precariedad que imposibilitan la apropiación de la misma y el sostenimiento de su vida cotidiana. A su vez en el mismo predio se encuentran viviendo otros miembros de su grupo familiar, tornándose una situación familiar compleja. En las entrevistas relata que vive en una habitación sin puertas ni ventanas, en un colchón en el piso rodeado de animales. Este lugar está situado en la parte delantera del terreno donde vive su hermana con la cual no tiene buena relación y con quien tiene continuas peleas. *"me cagó a piña mi hermano con mi sobrino, todos se metieron (...)"* (ÍDEM).

Se lo puede ver muy delgado y menciona *"como mal. Aparte que camino todo el día porque pido monedas en el semáforo"* (ÍDEM).

Al indagar sobre su trayectoria, dice no recordar parte de su historia *"yo no sé si tuve mujer, si me casé, si tengo hijos, hijos tuve pero no sé. Y bueno...no me acuerdo en serio te lo juro"*. (ÍDEM).

Rulo trabajó hace muchos años en la Bolsa de Comercio, también lo hizo vendiendo diarios, verduras, y en la empresa Luz y Fuerza como secretario.

Concurre al taller de vivero y jardinería desde el año 2013. También al de panadería, almuerzo y asamblea de viajes, *"me hacen venir todos los días por la medicación"* (ÍDEM).

En relación a la participación de Rulo en el espacio, se puede decir que su involucramiento y compromiso ha ido mutando, si bien siempre aparece el rédito económico que desde el espacio se pretende que se lleven, el ha podido sostener las actividades y tareas aun cuando no había compensación económica. Lo que demuestra que este espacio grupal para Rulo es más que un espacio laboral: *"vengo para pasar el rato"; "me gusta trabajar"* (noviembre de 2015).

En Rulo aparece la expresión de deseo de conseguir un trabajo "afuera" del hospital y de formar una pareja en reiteradas oportunidades, *"yo quería volver con una mujer... esto no se, es muy poca plata para mantener una mujer"*. (ÍDEM).

❖ **Marta**

Marta es una mujer que nace hace 45 años. Cuando nace, su madre muere. Es un origen que se inicia con una tragedia. Nos parece importante situar esto, porque es una escena en la que el nacimiento de alguien queda anudado a la muerte de otro, y porque consideramos que esta pérdida es una constante que retorna en la vida de este sujeto.

Cuando tenía aproximadamente 11 años queda embarazada producto de un incesto, embarazo que llega a término. La niña que nace es vendida, "por indicación del progenitor". Desde aquel momento interviene el Estado, intervención que viene a regular algo, a establecer una prohibición. El estado interviene, corta, separa. Y en esa acción concreta lo que ofrece como alternativa es una seguidilla de instituciones pertenecientes a lo que en ese momento fuera el Consejo del Menor.

(...) a los 20 años tiene su primer contacto con este hospital. De este modo se vehiculiza un desplazamiento desde una institución estatal a otra. Vía la presentación de excitación psicomotriz se cristaliza el diagnostico de esquizofrenia. Hoy podríamos preguntarnos ¿es este un diagnostico que responde a un criterio de clínico? ¿O la nominación necesaria para legitimar una nueva institucionalización (esta vez en el hospital psiquiátrico)? (...) durante estos 25 años, Marta acumula en su historia clínica internaciones breves y tratamientos exclusivamente farmacológicos, con la imposibilidad de que algún abordaje ambulatorio se instale como un espacio de escucha, como algo que pueda contener y acotar algo del malestar.

Desde sus 20 años -edad a la que Marta deja de ser de jurisdicción del Consejo del Menor circula por distintos espacios "sobreviviendo". Refiere algunas relaciones de pareja y varios embarazos, algunos de los cuales llegan a término (situaciones en las que vuelve a intervenir el COPNAF) como así también haber vivido en la calle.

Marta queda internada sin criterio clínico que lo justifique. La internación se llevó a cabo por la urgencia habitacional (...) se intentó trabajar articuladamente con instituciones municipales y provinciales encargadas de dar respuestas a las situaciones como la de M pero nada se consiguió (...)[13]

Es así, que Marta llega al espacio de huerta en el año 2012, cuando se encontraba en situación de calle, dormía en un auto en la parte de atrás del hospital. Es en ese entonces cuando en el invierno de ese año queda internada (internación en la que se hace mención en párrafos anteriores).

Cuando participa del espacio de huerta lo hace con mucha dificultad, no pudiendo realizar ninguna actividad que se le proponía, lo que generaba conflictos con sus compañeros.

Con el transcurrir del tiempo en el espacio de huerta, la situación de malestar que tenían sus compañeros, para con ella, iba en aumento. En ese entonces no cobraban el Programa de Entrenamiento Laboral, solo se cobraba por lo producido y vendido en el taller, es decir que el monto de dinero que se llevaba cada uno era insignificante y meramente simbólico.

Ella nunca pudo expresar porque no realizaba las actividades y tareas de la huerta, siempre decía *"estoy cansada", "no me dejaron venir", "no dormí bien"*. Siempre poniendo afuera su responsabilidad sin hacerse cargo de nada. Solo escuchaba las quejas y demandas de sus compañeros y luego se enojaba y se iba. O se quedaba pero sin hacer nada. Solo estaba...

[13] Ateneo Clínico del HESM año 2013. Equipo tratante de Marta: Lic. en TS Georgina Burgoa, Dra. Luciana Trossero, A T Macarena Miraglio, T O Sol D' Angelo. Pp. 1 a 6.

Por tres años fue la única mujer en el espacio, participando con sus singularidades, hasta que en el año 2015 se sumo Sonia.

A fines del año pasado deja de participar del espacio laboral de vivero y jardinería, a raiz de su circular errante a lo que se le sumó un conflicto con otra compañera del espacio.

Actualmente Marta es usuaria ambulatoria, está en pareja con otro paciente del hospital. Viven en diferentes lugares, casas de amigos, conocidos, a veces se alquilan algo y otras en situación de calle. De esta manera se encuentra ya hace más de un año. No se encuentra internada, de igual manera pasa sus días enteros en el hospital, tomando mate con sus amigos, charlando, yendo a la escuela primaria que funciona en la institución mencionada.

- **Sonia**

Tiene 39 años y es madre de tres hijos. Concurre al HESM en el año 2005 derivada del Hospital San Martín año desde el cual ha tenido internaciones breves por depresión e intentos de suicidio y ha sostenido su tratamiento psicológico y participado de diferentes espacios como el gimnasio, cocina, micro emprendimientos y en el año 2015 se incorporó al taller de huerta.

Tiene una historia familiar complicada. Ella relata que se junta con su hoy ex marido siendo muy joven, en una relación de abuso en la cual él la hacía prostituir, donde ella siendo joven no pudo escaparse de esta situación. Con este hombre tiene tres hijos, y a su vez este señor tiene dos hijos más.

Tiene su primer contacto con la Lic. en Trabajo Social en el año 2012, el mismo se produce durante su internación en el Hospital Escuela de Salud Mental, la cual se debió a que uno de los hijos mayores de este hombre fallece producto de un cruce callejero y muere en sus brazos. En relación a sus dos hijos mayores la historia se repite, la historia de consumo, delincuencia y demás, aparece ella como figura materna haciéndose cargo de ellos.

Sonia participa del espacio de huerta en 2015 porque se entera del Programa de Entrenamiento Laboral, su llegada al espacio es motivada por la necesidad de un ingreso monetario. También le interesaba poder estar y encontrarse con otros. Ella define al espacio como *"mi paz"; "la terapia que tengo acá no hay en mi casa" (octubre de 2015),* comenta durante las entrevistas.

En Sonia se puede ver una personalidad de líder, avasallante y protagonista en todo momento *"yo soy una persona que si yo no sé que hay que hacer vengo y me fijo acá (mirando el calendario de siembra) y digo muchachos hay que hacer esto y quedamos todos de común acuerdo, no es que los reto ni nada".* (ÍDEM)

A raíz de su participación en el espacio de Huerta es que se decide armar el espacio de vivero, fue la persona que se encargó, tomó la iniciativa en el grupo para el armado y funcionamiento del mismo. Contribuyendo de cierta forma a la división de las tareas y actividades que se plantean en el espacio. *"Lo que más me gusta es el vivero"* (Ídem).

A raíz de la complicada relación que mantiene con su, hoy, ex marido se separa del mismo, dejando a su hijo más chico al cuidado de su padre y yéndose a vivir con una nueva pareja.

En diciembre de 2015 Sonia deja de concurrir al taller de vivero y jardinería, así como también a los otros espacios de atención del Hospital.

- **Marcos**

Nació en el año 1951 en Diamante.

A lo largo de su vida ha trabajado como changarín en la construcción, en cosecha, curtiembre y demás tareas de campo, también como cuida coches.

Comienza a atenderse en el Hospital Escuela de manera interrumpida en el año 89, donde es internado en reiteradas oportunidades por alcoholismo, refiriendo

"graves conflictos familiares" (Historia Clínica 1991). La última intervención se da en el año 2006.

Marcos llega al Hospital Escuela siendo usuario del Hospital Colonia de Diamante, y se incorpora al taller en septiembre del año 2015, durante su proceso de externación.

Luego de 8 años de internación y a punto de recibir su alta médica, comienza a concurrir al espacio de huerta, porque aparece en él el deseo de vivir en Paraná, cuestión para la cual se encontraba realizando averiguaciones habitacionales. Sumado a lo anterior Marcos manifiesta en la entrevista de admisión: *"quiero vender plantas"* por lo cual se sugiere el espacio de huerta.

Su inclusión en el espacio tenía como objetivos ver su desenvolvimiento en lo grupal, y que pudiera también, transitar por otros espacios y con otras personas, apostando fuertemente a la veta terapéutica del taller.

Marcos actualmente fue dado de alta y se encuentra viviendo en Diamante su ciudad de origen.

- **Carlos**

Tiene 49 años y se atiende en el Hospital por primera vez en el año 1991. Llega al espacio de la huerta en el año 2012, a través de su sobrino que estaba internado en Sala de Hombres. Cuando se suma al espacio de huerta era porque le gustaba, le interesaba y ya había participado en algún momento en los inicios del espacio hacia el año 2001. *"yo hace mucho ya que estoy, cuando existían los federales, en la otra huerta (...) hace años" (noviembre 2015)*

El llega con esta demanda puntual de poder hacer algo, ayudar a su sobrino durante la internación, acompañándolo al espacio de huerta y el sumándose al espacio. Tiempo después su sobrino deja de participar y Carlos continúa viniendo al taller.

Un punto de inflexión en su trayectoria fue la muerte de su padre hace algunos años atrás, cuestión que lo marcó profundamente.

Carlos trabajó de verdulero y en varias oportunidades menciona que hizo un curso de peluquería. Fue parte del proyecto de Lavadero del Dispositivo de Atención Psicosocial junto con Emanuel en el año 2014.

- **Lalo**

Nació en Paraná en el año 1962. Es usuario del Dispositivo Hospital de Día. El más reservado de todos los usuarios del taller, me ha costado poder dialogar con él e indagar sobre su vida, lo que he podido observar es su dificultad para transmitir a sus compañeros y a las coordinadoras lo que no le gusta, lo que le molesta, nunca pudiendo plantear su posicionamiento ante sus compañeros.

A partir del análisis de su historia clínica pude vislumbrar que aparecen esporádicamente en entrevistas con profesionales sus ganas de trabajar y la búsqueda de algún trabajo.

Trabajó en la empresa Lugones, también como carpintero y en la empresa Costera Criolla.

Concurre al taller de huerta desde el año 2012, aunque ya había participado de experiencias anteriores en el año 2006. Dada las características de este sujeto y la imposibilidad del encuentro para dialogar, he decidido no forzar la situación motivo por el cual gran parte de su historia quedará inconclusa.

- **Franco**

Tiene 52 años, oriundo de la ciudad de Paraná.

Concurre en noviembre de 2015 al Hospital Escuela de Salud Mental, siendo paciente interno del Hospital Colonia de Diamante. Llega en esta primera

instancia, acompañado de su Acompañante Terapéutico a una admisión al Dispositivo de Atención Psicosocial. Refiere que se quiere ir de alta y que le gustaría venir a vivir a Paraná su lugar de nacimiento apareciendo aquí su sentido de pertenencia.

El objetivo de la inclusión de su Acompañante Terapéutico es propiciarle un dispositivo extra hospitalario que le ofreciera un nuevo espacio para enfatizar y trabajar cuestiones como la autonomía vínculos sociales, deseos.

Franco menciona que trabajaba en la terminal de ómnibus abriendo puertas de autos, y que durante su internación en algún momento hizo panificación.

En el último año ha participado de diferentes espacios sociales en Diamante pudiendo desarrollar actividades de interés, poniendo en juego alternativas para trabajar su problemática de consumo de alcohol.

Llegó en un momento en el que justo muchos espacios cierran por vacaciones, así que concurre en algunas ocasiones pautadas y en marzo cuando se retoma el vivero comienza a venir junto con su Acompañante Terapéutico los días jueves. Y finalmente en mayo comienza a concurrir solo. Al preguntársele sobre si el espacio era positivo para él, si le servía y le gustaba, el respondió afirmativamente.

Actualmente ha sido dado de alta y se encuentra viviendo en Diamante.

CAPITULO SEPTIMO

La huerta y su implicancia en la vida cotidiana

7.1 vida cotidiana

Uno de los objetivos principales del proyecto de huerta es el trabajo y a partir de allí la posibilidad de construir conjuntamente un cierto orden en la cotidianidad de los usuarios. Como mencionara en el capítulo segundo en palabras de Hannah Arendt (1996), el trabajo oficia como un ámbito de integración y de cohesión de los sujetos siendo una de las actividades más importantes en la producción del lazo social. Este último es una cuestión que se trabaja fundamentalmente en la cotidianidad del taller, dado que los sujetos que atraviesan un sufrimiento mental encuentran sus lazos afectivos fragilizados por lo cual hay una fuerte apuesta por parte de las coordinadoras en el fortalecimiento de la relación con los otros.

Ana P. de Quiroga (2003), nos dice que el trabajo es una de las esferas constitutivas de la vida cotidiana de los sujetos. Para los sectores excluidos la inseguridad de la existencia es cosa de todos los días y esto conduce a la cotidianeidad a un lugar de fragilidad con un efecto de precariedad, afectando lo que algunos autores llaman el orden jerárquico de la vida cotidiana[14]: la organización del tiempo, el consumo, la recreación, los vínculos, las formas de amar, de nacer, de enfermar y morir de acuerdo a una dimensión simbólica, temporal y espacial. El hecho de que alguien sea considerado un excluido, implica a su vez que esta persona es parte de lo social, ya que se es excluido en relación a lo social.

---

[14] *"A. Héller ofrece aportes fundamentales a la comprensión de la vida cotidiana como ámbito concreto de reproducción de las relaciones sociales, de construcción de la sociedad como espacio de objetivaciones de un determinado orden social que condiciona al hombre concreto y la práctica histórica"* (LUGANO: 2002. Pp.2) Es por lo anterior que la autora dice que la vida cotidiana es histórica, heterogénea, jerárquica y compuesta de objetivaciones sociales (aquellas transferencias de saber que me permiten desenvolverme en el mundo); entendida como el ámbito de lo concreto, de la objetivación de las construcciones sociales que determinan modos de pensar históricos, un ahora que está dado por aquellas manifestaciones de la cotidianeidad de cada sujeto en la actualidad, un presente que implica a su vez un pasado y un contexto particular que lo fue constituyendo como tal. Y a su vez un espacio, un aquí en que se manifiesta y construye la vida cotidiana y que este aquí es lo que nos aporta la particularidad y diversidad de cotidianeidades junto con el ahora, un contexto, una conjugación de tiempo y espacio. Esto implica que no se debe perder de vista que no existe una única y universal vida cotidiana sino tantas como sujetos existan.

En el caso de los usuarios de Salud Mental la mayoría de las veces no solo presentan dificultades para la organización de su vida cotidiana sino que además ven vulnerado su derecho al trabajo, el rol del Trabajo Social aquí tiene que ver con la reivindicación de derechos. Nora Aquin dirá *"El trabajo social no modifica ni satisface necesidades, ni tampoco satisfactores, sino los procesos a través de los cuales los sujetos intentan defender, mejorar o adaptar sus condiciones de vida a través de la demanda y de la búsqueda, en general, de satisfactores que a ello tiendan (...) Trabajo Social, en torno al objeto tiene un lugar específico en la lucha por las necesidades"*. (Pp. 5) Parto de comprender a estas necesidades como derechos, y como potencialidades humanas individuales y colectivas, lo cual marca un horizonte de sentido para el Trabajo Social que va más allá de la lógica simplificada del circuito recurso-demanda. Margarita Rozas Pagaza (2005) nos dice que *"lo que el trabajador social debe recuperar en su vinculación con las necesidades sociales, es saber que la satisfacción de ellas está en el desarrollo múltiple del hombre en el despliegue de sus posibilidades como ser humano"*. Ya que reducir las necesidades a un problema meramente individual es ocultar su verdadera naturaleza social como producto de las desigualdades sociales existentes que se expresan a través de las diversas manifestaciones de la cuestión social y a la vez implica comprender que para la satisfacción de las mismas se involucra a toda la sociedad y fundamentalmente a aquellos que tienen la responsabilidad política de orientar los cambios de la sociedad. En este caso es clara la idea (y quedará expuesta a lo largo de la presentación de la información) de que los usuarios de los servicios de salud mental no solo deben enfrentarse con limitaciones propias de su padecimiento mental, sino que se encuentran frente a una sociedad que no está preparada para albergarlos en su ceno, mismo lugar en el que esas enfermedades se producen y por ende deben ser atendidas.

7.2 La relevancia del Programa de Entrenamiento Laboral

A partir de mis observaciones pude ver como el Programa de Entrenamiento Laboral[15] (en adelante PEL) regula el funcionamiento del taller, es decir a partir del cobro de un dinero mensual, se ha ido fortaleciendo como un espacio clínico, marcadamente laboral, y es aquí donde surgen los interrogantes ¿será que para algunos usuarios el espacio de huerta además de ser un espacio laboral, de encuentro con el otro, de lazo, es un lugar en donde colocan el deseo, un espacio donde se sienten cómodos y a gusto?; mientras que para otros ¿es simplemente un espacio laboral, en donde si no se obtienen ganancias o no se cobra, el mismo pierde sentido y por ende no interesa su participación?. El interrogante central radica en cómo trabajar estas cuestiones, sin caer en el asistencialismo, sin realizar juicios de valor, sin perder de vista la clínica, generando procesos de autonomía y ciudadanía, que les permitan ir afrontando estas situaciones y decisiones encontradas. Posibilitando la palabra, el intercambio, el pensar diferente ante algunas situaciones, sin que ello implique quedar por fuera del espacio.

Considero que un punto clave para ir construyendo las respuestas a estas preguntas justamente tiene que ver con el PEL, ya que el cobro del dinero atraviesa las discusiones del espacio todo el tiempo.

En el mes de diciembre de 2015 las coordinadoras presentaron el nuevo proyecto al Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, para evitar la interrupción del cobro, pero ante el inminente cambio de gobierno, la respuesta por parte del organismo fue que no se renovaban los planes por el momento, por lo cual hasta mayo de este año se cobró el plan cumpliéndose así los 8 meses establecidos. Este año se volvió a presentar el proyecto al Ministerio y luego de idas y venidas el mismo fue aprobado para el mes de junio. Pero quiero detenerme en lo que pasó en el medio de esas idas y vueltas, porque es en esas las disputas políticas donde se encuentran los sujetos. Cabe aclarar que este programa no se renueva automáticamente, sino que cada 8 meses deben

[15] Política Social abordada en el capítulo quinto.

presentarse nuevos proyectos. Esto también es lo que me lleva a pensar la distancia existente entre esta política social y la realidad al momento de implementarse, es decir lo que provoca la interrupción de la misma, la incertidumbre y en algunos casos el abandono de los espacios por parte de los usuarios. Aquí podemos ver una contradicción, cuando la ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26657 plantea que se deben generar y gestar desde salud procesos de autonomía, de inclusión en lo laboral, cómo una política social compensatoria termina obturando o resquebrajando si se quiere dichos procesos.

Se pone en cuestión aquí el tema de la construcción de las políticas públicas y su desfasaje con la realidad. ¿¡Justo cuando funciona algo se debe interrumpir!? ¿Dónde está la estabilidad necesaria para un tratamiento?

Es a partir de la incertidumbre generada por la continuidad del cobro del PEL cuando comienzan a verse las diferencias al interior del taller, diferencias en el sentido de que por un lado había usuarios que optaron por seguir concurriendo a la huerta sin cobrar, y otros que comenzaron a no llegar al taller. *"(...) era como una promesa que nunca llegaba"*. (Lic. En nutrición) La decisión de no ir a trabajar si no sale el PEL ¿Qué significa para ellos? ¿Será que estos usuarios toman al espacio como un trabajo, al cual uno no va si no cobra? Esta posición habla del proceso de autonomía y la capacidad del reclamo ciudadano que se pretende que incorporen a través del espacio.

En este punto fue fundamental el espacio de asamblea, como lugar primordial para la toma decisiones *"esto empezó de cero hicimos una asamblea para ver cómo iba a salir todo esto"* (EMANUEL, OCTUBRE 2015). En este mismo espacio de discusión los usuarios que siguieron sosteniendo el taller plantearon por ejemplo: *"vamos a seguir trabajando", "si sale el PEL que no vuelvan a trabajar" "estamos trabajando ahora y ellos no vienen"*. (MARZO 2016)

Esto demuestra el compromiso de los sujetos para con el espacio y la tarea, podemos decir que comprometerse va mas allá de cumplir con una obligación, es poner en juego todas las capacidades para el logro de objetivos propuestos. Una

persona comprometida es aquella que cumple con sus obligaciones haciendo un poco más de lo esperado al grado de sorprendernos.

En el mes de mayo cuando llega la noticia del cobro del PEL los dos usuarios que habían dejado de venir regresan, y grupalmente deciden que se sumen al trabajo de huerta pero que devuelvan dos días a la semana por todo lo que no vinieron. ¿Qué implican las ausencias para el grupo, que de lo subjetivo se cuela en la cotidianidad del grupo? Sartre nos dice que *el grupo no es un hecho estático sino un todo dinámico, un grupo no está hecho nunca, se va haciendo, por momentos podemos decir en parte, que se hace y se rehace constantemente. Un grupo no es, es un proceso en marcha. Es un devenir, no es una cosa.*

Este aporte me sirve para pensar que cada grupo atraviesa un proceso único e irrepetible y al encontrarse en constante conformación se ponen en juego múltiples cosas, en este caso puedo hablar del encaje que se produce entre la verticalidad del sujeto y su vida cotidiana, y la horizontalidad del grupo con su propia vida cotidiana. A esta definición más Pichoniana incluiría también el atravesamiento de este espacio por la vida cotidiana de la organización institucional de la cual forma parte y como también va poniendo en juego factores que lo condicionan, por ejemplo un tiempo, espacio y recursos disponibles.

A partir de vislumbrar estos dos grupos que se conformaron, entre los que querían seguir trabajando y los que no, fue un periodo marcado por las ausencias, donde parecía reinar el desorden y que el grupo corría riesgo de desintegrarse. Problematizo en relación a que es cierto que eso que parece desorden puede ser también otra forma de orden, diferente a lo que uno considera como orden, esto que parece un trabalenguas a veces es difícil de entender en el momento, y luego cuando uno se pone a reflexionar se da cuenta que todo orden implica desorden y viceversa, la conformación de un grupo es un proceso y como dice Sartre un grupo no es, es un proceso en marcha, donde se presentan conflictos.

Más allá de hablar de un usuario de los servicios de Salud Mental, se habla aquí de un sujeto portador de derechos y obligaciones por ende emerge otra categoría,

la de ciudadano que conlleva a hablar de ciudadanía, y en este caso se pueden observar los distintos factores que aparecen durante el proceso de investigación en el taller de huerta que da cuenta de micro transformaciones en la vida cotidiana de estos sujetos que van en la dirección de un afianzamiento de su condición de ciudadanos, donde muchas veces a través del reclamo como mecanismo, se visibiliza la lucha por ciertos derechos, se expresan falencias del sistema de salud estatal, así como también la inexperiencia de la comunidad para tratar con personas con padecimientos mentales.

En las entrevistas las profesionales comentan que desde un primer momento siempre se pensó armar el espacio para que los usuarios pudieran apropiarse del saber y trabajar afuera del hospital pero que se terminaron armando todas las cosas adentro, cuestión que sucede con otros proyectos laborales del hospital. *"La idea es salir, al igual que la ley, es ir afuera, desmanicomializar las prácticas, armar por fuera, que ellos se puedan incluir en otro lugar (...) estos proyectos laborales se piensan para que ellos en algún momento puedan armar algo por fuera, que puedan transmitir lo que saben y capacitar gente. No lo hemos logrado porque me parece que es un objetivo demasiado ambicioso". (Lic. en TS:* noviembre de 2015*)*; *"no solo por ellos sino porque la sociedad no está preparada". (*Lic. En nutrición: noviembre de 2015)

En este sentido hace su aporte Marta Schorn[16] (2009):

> Ideas integradoras chocan más de una vez con una cultura selectiva basada en el privilegio de los más aptos, en el no reconocimiento de la diversidad humana y social aceptando solo la idea de la jerarquía de unos seres superiores a otros, cuando lo más evidente es que todas las personas son diferentes no solo en lo físico, sino en lo ético, en lo emocional, lo económico. Desde esta perspectiva la clasificación, la homogeneización y la selección son moneda corriente del sistema educativo y del laboral.
>
> El confrontarse con personas cuya discapacidad se hace visible en el cuerpo, nos ubica frente a un espejo que lejos de hallar a un semejante que nos devuelva una imagen integrada, nos enfrenta con algo del orden de lo

[15] Lic. En Psicología; magíster en Psicología de niños; psicoterapeuta; psicóloga clínica, especialista en discapacidad.

> irreparable. Imagen que da cuenta de marcas en lo real, en lo real del cuerpo. Imagen que devela una falla. (SCHORN: 2009. Pp. 174)

Termina siendo *"más fácil trabajar adentro que afuera"*, (Lic. En TS) poniéndose en contradicción la asistencia versus la inclusión social real. Esta frase me hace pensar en el juego entre lo instituido y las fuerzas instituyentes y cómo lo que está establecido ya tiene una estructura y una lógica de funcionamiento en marcha, frente a la cual es muy difícil muchas veces accionar y crear nuevas intervenciones sustitutivas a las mismas porque implica una construcción de la nada, sustentado más que nada en la inventiva. Esto se vislumbra a través de la noción de campo de P. Bourdieu (1983), al cual define como un espacio de luchas y disputas de poder, con sus instituciones específicas y sus reglas de funcionamiento propias, donde hay en juego diversos intereses, capitales y prácticas en pugna. La falta de profesionales para abordar todas las situaciones singulares en la construcción de prácticas sustitutivas a la lógica manicomial, tienen incidencia en la vida cotidiana de los usuarios que muchas veces quedan a la espera de una respuesta profesional. En el caso del PEL había una espera que se manifestaba en una pregunta constante y cotidiana ¿Cuándo va a salir?, demuestra como dice Susana García Salord, que las intervenciones profesionales tienen una función social, es decir efectos y consecuencias que trae aparejadas en los sujetos con los cuales se interviene.

En este punto me parece interesante plantear una cuestión siempre presente en el discurso de las profesionales que coordinan el espacio. Las mismas se interrogaban en torno a si el este produce cierta cronificación dado que hay usuarios que participan hace varios años, frente a lo cual considero que la alternativa es pensar que, si estos sujetos vienen por el rédito económico también es un afuera para ellos. Tal vez significan algo de acá adentro como un afuera, no es lo mismo que una internación. La apropiación es diferente de la cronificación: los efectos que produce la participación en el taller son positivos y esto se puede ver en los cambios que han podido producir en sus vidas. La cronificación tal vez se juega en el tiempo, pero no en los efectos que produciría una internación

prolongada. Hablamos aquí de una estabilidad necesaria para producir micro transformaciones en la vida de estos sujetos ¡como todas las personas!

Tomar La Ley Nacional 26.657 como un instrumento legal que valida y respalda las prácticas sustitutivas a la lógica manicomial asilar desde una perspectiva de Derechos Humanos, conlleva a contemplar todo lo que se ha producido desde el proyecto de ley, su discusión en cámaras, su posterior sanción y finalmente su reglamentación, con algunos artículos aun sin trabajar. Considero que como todo movimiento político (utilizo aquí esta palabra para referirme a opciones ético políticas, a convicciones en la construcción de la intervención profesional desde una perspectiva de derechos) es un proceso en construcción permanente, por lo cual también preferí utilizar la palabra movimiento como algo inacabado que no se encuentra cristalizado. Esta Ley, este "nuevo paradigma" o "paradigma crítico" en el campo de la Salud Mental ha generado desde sus comienzos posturas encontradas, desde quienes lógicamente lo sustentaban hasta profesionales y prácticas que se oponían y continuaban (y continúan) en una lógica tradicional, obstaculizando, resistiendo. También estas resistencias tienen una arista muy importante como lo es la económica, la industria farmacológica, los grandes laboratorios, que entienden a la salud como una mercancía y no como un valor en sí mismo.

También las resistencias, el imaginario social y las representaciones sociales en juego respecto de la locura, saliéndonos ya de las resistencias meramente profesionales, para encontrarnos con una sociedad que históricamente ha entendido al loco como peligroso que debiera ser encerrado y aislado de su comunidad de origen. Lo que se produce así es encasillar la locura al interior de psiquiátrico en vez de tratarla en el seno de la misma sociedad que la produce, considero que una apuesta al trabajo comunitario desde el Hospital Escuela apunta a que las problemáticas de Salud Mental sean abordadas en la comunidad y no sean más ocultadas, para lo cual se realizan cursos, capacitaciones, trabajos en red, buscando la descentralización de la atención en el Hospital Psiquiátrico, pero sin que el mismo pierda su especificidad y se convierta en polivalente, no es

esa una política de la organización, sino que se busca sostener la internación pero solamente para casos de usuarios en crisis y agudos.

Por otra parte el Hospital Escuela de Salud Mental, con sus políticas internas que tienen como horizonte la adecuación a lo propuesto por la 26.657 no funciona sino con dificultades, construyendo en el día a día el camino a seguir, valiéndose de estrategias como ser el caso de re direccionar los fondos que se reciben para realizar visitas domiciliarias o para comprar nuevos elemento de trabajo o la reconversión de los cargos.

7.3 La huerta un espacio terapéutico-laboral

Las coordinadoras del espacio relatan: *"Siempre fue un espacio laboral la huerta por el hecho de la producción, siempre se vendió". "Se trabaja en lo terapéutico, porque siempre se trabajan cuestiones individuales con los equipos, la veta laboral es lo más fuerte y atraviesa todo el espacio". "(...) se sentaban a tomar mate y se armaba tipo grupo terapéutico". "(...) empezaban a regularizar un poco más el espacio con el cobro del dinero".* "(...) *para ellos es un trabajo la huerta". "(...) vengo a buscar trabajo (...) la huerta genera esto, la significación es que es un trabajo. Y vienen a buscar trabajo, no vienen al taller de huerta". (Lic. en TS:* noviembre de 2015*)*

"(...) al terminarse el plan y no cobrar, dejan de trabajar. Ahí se juega bien lo laboral, el cobro". "(...) *el dinero regula desde otro lugar, muchas veces deciden cosas y nos informan, que está bárbaro que sea así". (*Lic. En nutrición: noviembre de 2015)

En estas frases se puede ver el carácter predominantemente laboral en el discurso de las profesionales, apareciendo el cobro como regulador y ordenador del espacio. Y lo terapéutico en el trabajo individual con los equipos tratantes de cada usuario, así como también en el encuentro con el otro, en la cotidianidad, en la

grupalidad. También se puede visualizar la toma de decisiones del grupo, y la participación activa respecto de este espacio.

En la mayoria de los sujetos se puede ver el rasgo marcadamente laboral del espacio, quienes no pueden reconocer explícitamente al mismo como parte de su tratamiento, pero considero que aquí está el juego que se da entre lo clínico y lo laboral. Es a partir de la participación en este taller que van produciendo transformaciones en su vida, en su andar cotidiano, en la relación con otros, en el reconocimiento de sus derechos, y ahí radica la importancia como parte de su tratamiento y también de su vida, es el caso de Emanuel, quien cuando el espacio se cierra y deja de funcionar se descompensa.

"(...) y ellos también participando del espacio se empiezan empoderar de un montón de otras cuestiones que desconocían totalmente, por Ej. La mayoría se inscribió en IAPV para tener una casa, porque cuando se hacen barrios cinco casas de cada barrio están destinadas a discapacidad. El hecho de que estén hace tiempo acá hace que se empoderen de otras cosas. También surgió la cuestión de las elecciones (...)" (Lic. en TS: noviembre de 2015*)*;

"como yo no tenía laburo allá en casa buscaba laburo y llegué acá de paciente y me dieron laburo, yo me despejo de mi casa y vengo acá a laburar (...) y acá yo vengo me entretengo (...) tuve muchos amigos que se fueron, cada año cambiamos de amigos". (Emanuel: noviembre de 2015)

"el espacio que no tengo en casa lo tengo acá", "acá es una paz para mí" (...) "la amistad que encontré es muy buena, y la terapia que he tenido digamos, he venido sin psicólogo ahora tengo hace poquito, venía muy bien en el tema de psicólogo porque conversaba con mis compañeros, hacía comentarios y ellas me decían si podes hacer esto, podes hacer lo otro, o no esto, no lo otro" (Sonia octubre 2015)

"yo hace poquito que estoy pero me gusta para estar todos juntos trabajando. Para trabajar" (Marcos octubre 2015)

"la huerta es lindo lo que pasa es que muchas veces el compañerismo no funciona. Hay personas que no quieren trabajar, ese es el problema y a veces yo me bronqueo porque no es justo que estén cobrando sin trabajar" "para mí la huerta es un trabajo, vengo, cumplo a mí me gusta" (Carlos octubre 2015)

En otros aparece muy definida la impronta terapéutica del espacio, donde el cobro del dinero (que es lo que más se pone en juego en la veta laboral del espacio), termina siendo un plus por su participación pero que no la determina.

"la huerta es un lugar muy lindo, muy bueno para seguir como vamos" (Lalo octubre 2015)

*"me gusta que no estoy al pedo, hago algo y de paso nos pagan..." "vengo más acá porque son gente re buena, te tratan re bien" (*Adriano noviembre 2015)

"vengo para pasar el rato (...) me gusta trabajar" (Rulo noviembre de 2015).

Y en el caso de Marcos o Franco es una cuestión particular ya que comienzan a participar del taller durante su proceso de externación del Hospital Colonia de Diamante, entonces el objetivo de su inclusión es otro, es poder ofrecerle un espacio terapéutico grupal, en el cual poder trabajar los vínculos, la interacción, el relacionarse con otros y que comiencen a circular por diferentes ámbitos para ir propiciando su reinserción en la comunidad: *"este espacio me gusta mucho (...) salgo del hospital"* (Franco mayo de 2016)

Considerando en este caso puntual a Franco brinda un encuadre, ofrece una posibilidad de ruptura con su vida cotidiana institucional, pero ¿qué contradictorio que su afuera, sea un adentro para otros no? Hasta qué punto es una ruptura, si su "salida de Diamante" implica un llegar a otra institución, un traspaso de institución a institución, un transitar institucional.

También respecto de Franco me parece importante destacar el proceso que lleva adelante de fortalecimiento de su autonomía y un transitar autónomo luego de tantos años de internación.

Y es en el caso de Marta donde surgen múltiples interrogantes ya que en ella el espacio no ha podido dejar una impronta, el de ella es un transitar, un estar sin decir, sin hacer nada, que desde lo corporal y actitudinal demostraba desinterés, pero no lo podía verbalizar, pero cómo es posible encuadrar, cómo es posible participar y sostener un tratamiento cuando sus derechos se ven tan vulnerados, cuando la inseguridad del no saber dónde va a estar mañana, dónde va a dormir, comer, o bañarse, como ella decía *"anoche no me quedé a dormir en lo de la comadre, fui al dispensario" ¿me dejarán bañarme en la sala hoy? "ya voy a ver qué voy a hacer esta noche, por lo menos ahora no hace tanto frío".* (MARIA 2013) Con tanta incertidumbre cómo trabajar para que puedan generarse procesos de atención-cuidado. A raíz del caso de Marta, considero que las políticas sociales existentes en materia de Salud Mental como por ejemplo los planes de capacitación laboral del PROMOVER, promoviendo el empleo digno, deben ser pensadas también articuladamente con las políticas de vivienda, desarrollo, educación, es decir pensar integralmente los recursos con los cuales se cuenta desde el Estado para intervenir en este campo, ya que como bien dice la Ley 26.657, el motivo de internación no pueden ser las condiciones socioeconómicas del usuario.

CAPITULO OCTAVO

El trabajo de huerta ¿cosa de hombres?

Este capítulo se construye a partir de mis observaciones en el taller de huerta y la necesidad de introducir una mirada desde la perspectiva de género.

En este punto considero importante hacer un pantallazo teórico que dé cuenta desde donde me posiciono para hablar del tema, ya que utilizaré la categoría de división sexual del trabajo como disparadora, la cual emergió durante el trabajo de campo lo que a su vez conllevó a realizar un rastreo hasta la categoría de género.

8.1 Género y División sexual del trabajo

Hernández García (2006) nos dice que el concepto de género surgió dentro de la psicología médica en los años 60, *"existía algo fuera del sexo biológico que determinaba la identidad y el comportamiento". (Pp. 1)*

Robert Stoller (1968) quien estudiaba los trastornos de identidad en aquellas personas en las que la asignación de sexo había fallado, fue quien junto con John Money esclareció la diferencia conceptual entre sexo y género a partir de comprender la influencia que la cultura y la sociedad tienen en la conformación de la identidad sexual. *"(...) el sexo refiere a los rasgos fisiológicos y biológicos del ser macho o hembra, y el género a la construcción social de esas diferencias sexuales" (IDEM)*

Los géneros entonces, son una construcción social que se hace del sexo *"constituyen sistemas de identidades y comportamientos que, al pre escribir lo que deben hacer los individuos según cual sean sus sexos, introducen una fuerte limitación en sus posibilidades de desarrollo humano y le esfuerzan a adaptarse a patrones que no siempre corresponden a sus capacidades y a sus deseos".* (SUBIRAT en LOMAS; 1999: Pp. 23).

Es a partir de los géneros que se esperan determinados modos de ser varón y ser mujer, cuestiones relacionadas al deber ser formándose los estereotipos de género. Eso hace que del género femenino se esperen determinadas actitudes: ser madres, delicadas, pacientes, etc.; y del género masculino: fortaleza, mantener

el hogar, ser rudos, etc. Si se hace un rastreo histórico esto puede repercutir en lo que se conoce como la división sexual del trabajo. Esta ultima refiere a la división del trabajo remunerado y no remunerado entre hombres y mujeres, tanto en la vida privada como en la pública, en función de los roles que tradicionalmente se les ha asignado.

A lo largo de la historia se ha construido social y culturalmente la separación entre lo público y lo privado. Quedando lo público asociado a los hombres y el ámbito privado relacionado a la familia, a lo doméstico y a la maternidad en el caso de las mujeres.

En este sentido siguiendo a Catalina Wainerman (2003):

> La familia, al menos desde el siglo XIX, cuando los ámbitos físicos en los que se desenvolvían la vida laboral y la familiar se separaron, a los varones se les asignó la responsabilidad por la provisión económica, y a las mujeres el cuidado del hogar y de los hijos, visualizando al mundo público como separado del privado. Esta división del trabajo se unió a las representaciones acerca de la masculinidad (potencia, actividad, fortaleza, inteligencia) y de la feminidad (suavidad, pasividad, debilidad y afectividad) compartidas socialmente no solo como diferencias sino como superior o inferior respectivamente. A su vez, ha tenido efecto sobre la división del trabajo por género fuera de la familia, así se asignaron lugares bien distintos en el mercado laboral a los varones y a aquellas mujeres que al salir a trabajar desafiaron los valores establecidos (...) (Pp. 11)

Ester Kandel nos dice que la división sexual del trabajo tiene sus orígenes en el ámbito familiar y que se instituye con el desarrollo de las sociedades. En su libro División sexual del trabajo ayer y hoy: una aproximación al tema, la autora cita a Hirata y Kergoat quienes afirman que:

> La división del trabajo entre los varones y las mujeres forma parte de la división social del trabajo. Desde un punto de vista histórico, se observa que la actual estructuración de la división sexual del trabajo (trabajo asalariado / trabajo doméstico, fábrica-oficina/familia) apareció simultáneamente con el capitalismo, y que la relación salarial no hubiera podido establecerse en ausencia del trabajo doméstico. Del nacimiento del capitalismo al período actual, las modalidades de esta división del trabajo entre los sexos, tanto en el salariado como en el trabajo doméstico, evolucionan en el tiempo de manera concomitante con las relaciones de producción (...). (Pp. 12)

A la luz de estos aportes teóricos comencé a analizar cuestiones que me hacían ruido en mis observaciones del taller.

La cuestión principal es por qué habiendo otras mujeres usuarias de los servicios de Salud Mental que ofrece el Hospital Escuela, este espacio hace un par de años es monopolizado por los hombres, es decir que no ha habido más que dos mujeres concurriendo a este taller en tres años. Una de ellas Marta, con la cual tuve posibilidad de dialogar en aquel entonces porque me encontraba haciendo mis prácticas pre profesionales, comentaba no sentirse convocada por el espacio, y tampoco hacía falta que lo verbalizara ya que con sus actitudes quedaba más que claro, y luego dejó de participar. En este sentido: *"había muchos usuarios fugaces, que venían el tiempo que duraba su internación, participaban unas dos o tres semanas y después se iban y no volvían, algunos volvían y otros no, hubo muchos hombres dando vueltas, mujeres una sola en ese entonces" (Lic. en TS:* noviembre de 2015*)*

La última de estas dos mujeres es Sonia, persona a la cual entrevisté y pude observar en el taller alrededor de dos meses ya que luego también dejó de concurrir. Esta mujer llega al espacio puntualmente manifestando su necesidad de un ingreso económico, el cual se pensó a través del PEL, entonces aquí también vemos un rol que se sale de los estereotipos, una mujer que busca un ingreso de dinero para poder mantener su hogar.

Las preguntas aquí giran en torno a ¿Por qué la huerta no es un espacio que convoque mujeres? ¿Tiene que ver con un prejuicio por parte de las mujeres que no se acercan al espacio? ¿Se juega aquí la división sexual del trabajo, el hombre como trabajador, la mujer en casa con los niños? ¿Es una actividad exclusiva para el género masculino? ¿Qué sucede con las usuarias? ¿Por qué no participan? ¿Y cuando lo hacen porque su estadía suele ser más corta que los usuarios de género masculino? ¿Tendrá esto que ver con los estereotipos de género masculino y femenino que existen en la sociedad? ¿Será la huerta un trabajo que se ve masculinizado asociado a las tareas de fuerza?

Esto fue lo que me llevó a pensar en la división sexual del trabajo a partir de los estereotipos de género, y comenzar a observar la división de tareas que se producía en el taller en el periodo en el que Sonia concurrió y luego de esto.

Pude visualizar como los hombres se abocaban de lleno a las actividades diarias de huerta y Sonia comenzaba a construir un espacio paralelo, el vivero, trayendo plantas de su casa. ¿Qué la llevó a que se aísle dentro del taller y se dedique de lleno a lo que ella había construido? En este punto puede que se jueguen cuestiones de género relacionadas con las cualidades de la mujer, con la delicadeza, con el trabajo menos forzoso si se quiere o simplemente con un deseo suyo de realizar esa actividad.

A sí mismo, cuando ella deja de concurrir, el vivero prácticamente queda vacío, solo quedan plantines por regar, pero nadie interesado en refiotarlo. ¿Será que alguno de estos hombres sienta más afinidad por hacer cuestiones manuales, más delicadas y que en realidad se vea condicionado por su género y se vea obligado a hacer actividades relacionadas con el trabajo de fuerza?

Pero retrocediendo un poco hacia los aportes teóricos donde se mencionara al hombre como el responsable de la provisión económica del hogar, y por lo tanto es posible pensar que el espacio de huerta por ser un espacio que brinda una remuneración económica, atrae a más hombres porque está en los estereotipos, es decir en lo esperado para cada género, donde en la familia lo establecido y lo esperado es que sea el hombre quien provea el dinero necesario para su sostenimiento.

Es pertinente mencionar que los PEL están pensados sin distinción de géneros, no hay un apartado en su formulación que diga está destinado solamente a hombres, o bien solamente a mujeres, y el monto estipulado es el mismo para todos, ya que cuando hablamos de división de trabajo por géneros, el salario de la mujer también suele ser inferior al del varón. Pero ¿qué es lo que se me cruza por la cabeza entonces?, como decía antes, históricamente el varón ha sido el proveedor

del hogar. Cabe aclarar hay cuestiones aquí que son de género y otras que no, por eso he intentado compartir aquellas que me hacen ruido.

Más allá de esta división de tareas que se podía observar de los varones en la huerta, Sonia en el vivero, ella a veces se sumaba a las tareas de sembrado o de sacado de yuyos, pero se notaba que no era lo que más le gustaba. La actividad en el grupo mantenía la misma dinámica ante su presencia, pero ¿será que ellos la veían como igual?

Es importante como antes mencionara, la aclaración que desde el programa no se visualiza la división sexual del trabajo. Mientras que en lo cotidiano del espacio se da desde las ocupaciones, tareas y actitudes de los usuarios ante el espacio.

8.2 Género y Salud Mental

Hombres y mujeres afrontan de manera diferente su tránsito por instituciones de Salud Mental. La mujer, en el caso de Sonia siempre va a tener en sus hombros el peso de cargar con sus hijos, visión instaurada desde un modelo de familia tradicional y un rol de género donde la mujer es un ser-para-otros. En este sentido la Lic. en Trabajo Social Roxana G. Rojas Ortiz[17] (2009) nos dice:

> Según lo referido por la OMS, la forma de enfermar y de manifestar una enfermedad por parte de la mujer es diferente a la del hombre. Esto puede fundamentarse en que desde el nacimiento, más aún, antes del mismo, los seres humanos somos marcados por una socialización de género diferencial según el sexo biológico, lo que deja una impronta en la forma de ser, en la de relacionarse, percibir y de estar en el mundo. (...) se considera la pregunta en torno a cómo se trasforma la subjetividad femenina a partir de la presencia de la enfermedad mental, y cómo hace una mujer para adaptarse a las múltiples exigencias sociales y familiares, rescatando y fortaleciendo la salud (Pp.2-3)

[17] Revista margen Edición N° 54 - junio 2009 "Género y enfermedad mental".

Una realidad es que en relación a la recepción de demandas que se realiza actualmente en el Dispositivo de Atención Psicosocial, un gran número de las mismas son hombres.

Desde una lectura de género, se puede decir que las mujeres están mucho más condicionadas en su casa y con respecto a sus vínculos de poder empezar un tratamiento. Compañeras que se encuentran realizando su tesina en relación a mujeres y varones que transitan procesos de salud-enfermedad en grupos GIA, comentaban que no encontraban mujeres en tratamiento a las cuales entrevistar, hablaban de 2 mujeres en relación a 20 hombres.

Considero que a la mujer le cuesta llegar al tratamiento más que a los hombres, por los prejuicios que existen como por ejemplo de que en tu casa tenés un montón de cosas para hacer y personas de las cuales ocuparte, es decir por el rol esperado de la mujer hace mucho más difícil sostener un tratamiento en Salud Mental. En el caso de espacios de laborterapia el hombre además de un tratamiento encuentra el peso para mantener su hogar, al menos en parte[18].

En los pasillos, a las mujeres normalmente se las ve acompañadas de sus hijas, madres o hermanas, y en el caso de los hombres siempre acompañados también por ellas. Es fundamental la importancia de los vínculos afectivos, si estás sola y en tu casa respondes con otras obligaciones no podes sostener el espacio, por ejemplo Sonia un día llegó al espacio con su hijo más chico porque no tenía al cuidado de quién dejarlo. Si bien Sonia llega a la huerta por una demanda puntual de dinero, en sus relatos se puede comprender que significa al espacio como un espacio terapéutico.

[18] Digo en parte dado que el monto que se llevan en el caso de la huerta producto de las ventas es mínimo así como el cobro del PEL si bien es un aporte al sostén familiar, no es suficiente.

CAPITULO NOVENO

Mi enfermedad mental tiene tratamiento. ¿Tu prejuicio, tiene cura?

9.1 Representaciones sociales, locura y estigma

En palabras de Denise Jodelet (1993) las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. La representación social lo es de algo y de alguien, es una interpretación del sujeto inserto en un contexto determinado y constituye una simbolización del objeto representado.

En este sentido Robert Castel (2009)

> Las nosografías se contentan con acuñar en un cierto número de subespecies esta percepción global y peyorativa. La locura, ese exceso que es una deficiencia: agitación, desmanes, arrebato, desmesura, desborde, impulsividad, imprevisibilidad, peligrosidad; estos rasgos están muy lejos de la apacible plenitud de una vida que haya integrado todas las normas disciplinarias configurando una segunda naturaleza. El etiquetamiento nosográfico no hace así más que formalizar los datos inmediatos de la conciencia social de la locura. (Pp. 125).

Estas definiciones me sirven para comprender lo que pude observar durante un "paseo de compras"; personas mirando de manera extraña a los pacientes, con una construcción social acerca de la locura, derivada de modos de tratamiento de la misma asociados tradicionalmente al encierro y al castigo denotando sujetos peligrosos. Influenciado por los medios masivos de comunicación que en otros tiempos solo transmitieran los aspectos negativos de los psiquiátricos como las muertes, fugas e incidentes policiales de alguna persona con sufrimiento mental, y digo que en otros tiempos solo transmitieran porque hoy en día existen varias radios de hospitales monovalentes así como también se han dado a conocer múltiples documentales que muestran el acontecer cotidiano de organizaciones institucionales de este tipo, con el fin de humanizar a quienes allí viven y contribuir a la deconstrucción de este imaginario social que interpela representaciones sociales negativas de la locura.

Debemos tener en cuenta que son construcciones que socialmente representan los intereses de la ideología dominante y están condicionadas por las relaciones y las luchas de poder existentes dentro de toda sociedad. Es decir, son el resultado de dichas disputas, lo que connota que no se dan por generación espontánea y

mucho menos que son inocentes y solo responden al sentido común propio de cada individuo. Esto último se relaciona directamente con lo que mencionaba antes de que las representaciones sociales son construcciones que responden a un imaginario colectivo sobre alguna determinada cuestión.

En relación a lo anterior hay una frase que me parece muy clarificadora pero que a su vez nos motiva a pensar aun más en torno a los modos de nombrar y por ende de ver y construir, Amarante (2009) tomando a Laing dice:

> El hombre puede en particular ser visto como persona o cosa. El mismo objeto focalizado desde diferentes puntos de vista, da origen a dos descripciones completamente diferentes, y estas resultan en dos grupos completamente distintas de acciones. La forma inicial de ver una determinada cosa determina todas nuestras relaciones subsecuentes con ella. (...) ¿Existe una imagen verdadera que anula e imposibilita la otra o todas las demás? ¿Por qué tenemos que pensar de forma dualista, antinómica, simplificada? (Pp. 16-17)

En este sentido, debemos recordar que, en palabras de Matus (2002), en Trabajo Social, trabajamos con el *"discurso como tangibilidad"*, como posibilidad de reconstruir a través de él las significaciones que los sujetos involucrados en la intervención le dan a sus actos y a su vida y a cómo los conciben, es decir debemos adentrarnos en las formas de nombrar/interpretar una realidad para intervenir fundadamente. La palabra se encuentra cargada de sentidos y es a través de un trabajo teórico, de una mediación conceptual que podemos comprender algo al respecto. Y además la cita de Amarante da cuenta de un régimen de la mirada sobre el otro, como ese "otro" adopta las características dadas por quien lo mira y lo busca nombrar. Todo lo mencionado tiene que ver con una ideología, con valores y con una perspectiva, o bien con una opción ético-política-ideológica.

La ideología es lo que se hace no lo que se dice, podemos estar posicionados ideológicamente pero no por eso realizar una intervención profesional fundada, como el hecho de decir usuario y tratar de paciente a los sujetos, es por esto que debemos darle sentido a las categorías que utilizamos, a diferencia de los conceptos que poseen definiciones estáticas, las categorías tienen más que ver

con un pensamiento epistémico que permite la puesta en tensión permanente y la reflexión que les va otorgando significados, por eso son construcciones.

Entender a la Salud Mental como proceso y representación social, implica ser conscientes de que estas como construcciones sociales intersubjetivas se encarnan en el colectivo social produciendo formas institucionalizadas y organizadas de estar y mirar a ese otro diferente.

Menciono esto porque en el modelo custodial-asilar el paciente es un mero objeto sin voz ni voto, imposibilitado de decidir sobre sus acciones y su tratamiento dentro de la institución. Estas cuestiones se fueron colando en el imaginario social de toda la comunidad, incluyendo lógicamente a los mismos usuarios de los servicios de Salud Mental. Lo anterior se denota en las actitudes de los mismos a través una espera "paciente" de que las coordinadoras del espacio, por ejemplo, tomen todas las decisiones o den órdenes, cuando no es así como debe de ser desde una perspectiva de derechos y desde una opción ético política, que apunta a generar procesos de subjetividad, autonomía, participación, dignidad, procesos de salud- enfermedad- atención- cuidado, por ende debemos estar atentos a no caer en posturas paternalistas, porque si bien este tipo de espacio requiere de una coordinación y de un acompañamiento se debe apostar porque cada uno de los usuarios se apropie de lo que hace y fortalezca su autonomía.

Devallis y Constanzo (2005):

> Para el sufriente mental que ha sido catalogado por su familia y por la sociedad como "incapaz", la participación activa en la organización de los espacios creativos, el diálogo, la búsqueda autónoma de recursos, el espíritu crítico frente a la propia tarea y a la de los demás, los intercambios y el trabajo cooperativo, facilita aprendizajes significativos, que pueden ser aplicados en otros contextos y no sólo en el ámbito de los talleres. (Pp.3)

Se debe reflexionar respecto del estigma de ser crónico/enfermo/agudo: categorías que implican un rol asistencialista, donde el foco no está puesto en el sujeto sino en el padecimiento, no se habla del sujeto cronificado como consecuencia de un modo de intervención y de una historia. Como plantea Basaglia no se debe negar la existencia de la enfermedad pero si ponerla entre

paréntesis, poniendo el eje en el sujeto y pensando las necesidades no como carencia sino como potencia, como posibilidad, como punto de partida para lograr alguna transformación en esa vida cotidiana. También en relación a los estigmas pensar que si las instituciones totales borran todo vestigio de tiempo, cotidianidad, subjetividad ¿Qué subjetividad otorga la institución? En el sentido de la ropa, apariencia, los comportamientos ya que aun estando en el afuera se llevan rasgos del adentro.

En este sentido la Lic. en TS comenta: *"(...) la clásica cuando salimos a buscar capacitación, la pregunta de ¿pueden trabajar? ¿Cómo están ellos? (...) Hay una realidad que es que Paraná, la comunidad de Paraná no conoce la realidad del hospital, ni de los pacientes, asocian la locura a la peligrosidad y ahí quedó todo".* (Noviembre 2015)

"En ellos mismos se juega esto del loco, del hospital, y cómo nos presentamos, decimos que somos del hospital o no" (Lic. en Nutrición: noviembre 2015).

"La barrera del hospital simbólicamente está". (Lic. en TS: noviembre 2015)

Los usuarios mismos cargan con el estigma de haber pasado alguna vez en su vida por una institución de estas características. Ervin Goffman (1963) define al *estigma* como aquello vinculado a la situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social, *"es un estigma en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio; a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja"* (Pp. 11)

En ellos mismos se puede apreciar el discurso hegemónico respecto del trato de la locura, la idea de normalidad, y lo que implica la atención en el manicomio, es el caso de Adriano quien menciona, *"Lo que vengo acá ando re bien, vengo converso con los chicos y cuando vuelvo a casa vuelvo re limpito, voy pasivo a mi casa"* (Noviembre 2015)

Se juegan las representaciones sociales, es decir que estos sujetos no son ajenos a su entorno, a lo que generan en el afuera hospitalario, *"viste que no somos malos" (Carlos 2013).*

Así como también aparecen las barreras simbólicas del adentro y el afuera de la institución manicomial:

"yo no juzgo a nadie cada uno tiene sus problemas, está bien" (...) Yo hago mi vida normal como toda persona normal, está bien dirán porque yo caí acá, hay gente que se burlaba de mi, que era el loco... yo tuve muchos problemas antes de caer acá, a mi me hicieron una discriminación. A mí y a mi familia. Yo se que la gente habla cosas y ellos no están en las cosas que nosotros pasamos en la vida (...) lo único que a mí me molesta es la discriminación, la gente de afuera piensa que nunca va a caer *(...) lo que veo es que los de afuera, ohh viste, porque el loco aquello, el loco esto. Ellos no ven que un futuro también ellos pueden caer".* (Emanuel octubre 2015)

Puedo agregar que, *"la vergüenza contiene sentimientos de humillación y degradación, la persona se siente rebajada (...)"* (STERN: 2005. Pp. 166), en este sentido Rulo me decía *"se burlan de mi, se cagan de risa y yo lo que más odio es que se rían de mi"* (noviembre 2015)

En esta línea Amarante (2016)[19] nos dice en pocas pero clarificadoras palabras lo siguiente:

> Hay locos que vivían encerrados y ahora viven vestidos por la química y la técnica. Hay que cambiar el pensamiento de que son personas que deben ser siempre tratadas, que son siempre peligrosas, siempre incapaces; hay que crear otras posibilidades, otros espacios, cambiar el lugar social de la locura, el pensamiento, el imaginario y las representaciones sociales. Muchas personas que vivieron en manicomios 30 años y no podían ni ducharse ni afeitarse solos cambiaron al tener casa y trabajo. Algunos hasta se casaron y tuvieron hijos. Para la psiquiatría son crónicos, pero es la institucionalización la que produce un desplazamiento de la sociedad. Si cuando uno está de vacaciones por una semana ya se olvida los días y también de afeitarse, una persona 20 años en una institución donde no hay

[19] Entrevista al Dr. Paulo Amarante por Pablo Russo para El Diario de Paraná. Junio de 2016.

> autonomia, no hay subjetividad, protagonismo, emancipación e interés, se queda sin proyecto. El presupuesto teórico es que la institucionalización produce en estas personas marginalidad, enajenamiento, aislamiento (...) Por eso decimos que no es la cuestión de retirar a las personas del manicomio solamente, sino de crear las posibilidades sociales.

9.2 Locos, pobres ¿y la familia?

Pretendo esbozar brevemente, qué lugar ha ocupado la familia en relación al tratamiento de la locura y fundamentalmente cómo aparece en los sujetos entrevistados, partiendo de pensar la relación histórica entre locura, familia y representaciones sociales; en este punto se hace inevitable dada las características de los sujetos entrevistados el cruce con la categoría pobreza.

En este sentido, arribo a la idea de que las representaciones sociales son construcciones colectivas, condicionadas históricas y socialmente, se encuentran cargadas de valores, símbolos, significados, percepciones, prejuicios, etc. Nos influyen cotidianamente y conviven con y en nosotros, por lo que es necesario denotar que no son meras abstracciones, sino que se encuentran presentes en nuestros pensamientos, análisis, perspectivas, en el día a día. Se transmiten a través del lenguaje, del discurso social; teniendo en cuenta que este no es un reflejo de la realidad, dado que al igual que las representaciones sociales, es una construcción.

Como he mencionado a lo largo de los capítulos precedentes, los usuarios entrevistados poseen ciertos rasgos comunes como ser: condiciones de vida precarias incluyendo el no tener un empleo, una vivienda e historias familiares complejas.

Un poco de historia

Primeramente apelo a los aportes de Castel (2009) quien nos dice que en el Antiguo Régimen, la locura era considera como *"asunto de familia". "El espíritu general de la legislación de la locura bajo el Antiguo Régimen continuó siendo, en lo posible, un asunto de familia. Sólo negativamente, en ausencia, carencia o*

impotencia de la familia, o positivamente a petición suya, interviene una instancia exterior" (Pp. 21). El poder ejecutivo y el judicial llevaban adelante la captura de los insanos, en la mayoría de los casos se hacían por órdenes del rey, en otros casos por pedido de las familias. Este último procedimiento era el menos utilizado ya que se ponía en juego el honor de la familia.

Es con la instauración de un nuevo orden que al poder ejecutivo, judicial y al familiar se le suma el poder del médico que subordina a los demás. La figura del médico es primordial para la medicalización de la locura cumpliendo un rol fundamental el internamiento en la institución manicomial.

Foucault (2007) nos dice que:

> "(...) la familia es el elemento de sensibilidad que permite determinar cuáles son los individuos que, inasimilables para todo sistema de disciplina, no puede pasar de uno a otro y, en definitiva, deben ser expulsados de la sociedad para entrar en nuevos sistemas disciplinarios que están destinados a ellos. En consecuencia, la familia tiene el doble papel de fijación de los individuos a los sistemas disciplinarios y de confluencia y circulación de los individuos de un sistema disciplinario a otro" (Pp. 106)

Ahora bien, desde un paradigma crítico es importante hablar de la familia ya que es un uno de los actores del campo de la Salud Mental, su importancia radica en la necesidad indiscutible de los vínculos debido a que somos seres sociales, y el trabajo que se debe realizar en pos del fortalecimiento de los mismos. Lo anterior se debe (como trabajé en capítulos anteriores) a que ante un sufrimiento mental, los vínculos y los lazos suelen debilitarse, se presentan dificultades para relacionarse con otros y es frente a la fragilidad de los mismos que se debe trabajar como parte del tratamiento.

Isabel Louro Bernal[20] (2003) escribió en la Revista Cubana de Salud Pública un artículo llamado *"La familia en la determinación de la salud"* en el cual menciona que:

> La familia es promotora de la salud o de la enfermedad mental de sus miembros. (...) es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y

[20] Máster en Psicología de la Salud. Licenciada en Psicología.

> apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio.
>
> (...) constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. (Pp. 2)

A partir de la reconstrucción de las trayectorias de los sujetos pude vislumbrar como en el tratamiento de la enfermedad mental se producen diferentes modos de llegada a las instituciones de salud mental, en algunos casos son acompañados a la institución por sus familias, otros por amigos y en otros casos, como por ejemplo el de Rulo, por órdenes judiciales, a lo que Goffman (1998) agrega que en algunos casos, fundamentalmente los jóvenes llegan por un engaño de algún familiar o conocido.

Este autor describe lo que él llamó *la carrera moral del enfermo mental,* y es en la etapa denominada como *pre-paciente* donde se puede ver lo que anteriormente describiera *"un grupo relativamente reducido se interna de buen grado, ya porque ellos mismos piensan que les conviene, ya por sincero consentimiento a la voluntad de los miembros relevantes de la familia. Es probable que hayan advertido en su propio comportamiento algo que tomaron como prueba de que están perdiendo la cabeza, o el dominio de sus actos"* (GOFFMAN: 1998. Pp. 136).

Rulo es el único que no menciona a sus vínculos como personas presentes en su tratamiento, pero sí como un vínculo negativo en su vida cotidiana, con los cuales mantiene una situación de permanente conflicto y disputa. De hecho él llega a la institución por una orden judicial, es decir, es una asistencia judicializada, y así mismo no hay registro de vínculos actuales. Esto denota la fragilidad de los lazos y claramente de los vínculos, la dificultad de sostenerlos y/o construirlos cuando se

atraviesa una situación de sufrimiento mental donde se pueden evidenciar internaciones prolongadas.

En las historias clínicas de los sujetos entrevistados aparece el modo en que cada uno de ellos llega al Hospital Escuela. En el caso de Adriano es traído por su padre y su madre, y es la figura de esta última la que aparece en las entrevistas como aquella persona con quien vive y comparte su vida diaria.

Emanuel también es acompañado en un primer momento por su madre, persona que aparece como una figura importante cuando relata parte de su historia de vida y de su andar cotidiano *"la estuve peleando yo y mi vieja" (octubre 2015).* Es Sonia quien llega acompañada de su esposo en primera instancia; Lalo refiere tener un hijo y una hermana pero no puede hacer referencia a más lazos familiares, si menciona que vive con una amiga, un vínculo que aparece como positivo en su vida, persona que le alquila una habitación en su pensión y es mencionada por él en varias oportunidades.

En el caso de Franco y Marcos, su cronificación derivó en internaciones prolongadas de más de una década. Las cuales cortaron todos los vínculos familiares existentes por el aislamiento institucional.

El traspaso progresivo de estos últimos de un adentro hacia un afuera mediante un proceso de externación, en un primer momento significó ingresar a un adentro para otros, es decir del Hospital Colonia Diamante al Hospital Escuela de Paraná para participar del taller de vivero y jardinería. Una salida pautada de una vez por semana, pero ¿que más pueden pedir después de tantos años encerrados no? Se trata de un volver a empezar para ellos luego de tantos años institucionalizados con pautas y normas establecidas. ¿Cómo construirán su día a día? ¿Rodeados de quienes? ¿Seguirá siendo el hospital su lugar de referencia? ¿Cómo se desenvolverán en el afuera? ¿Qué del manicomio se llevaron y qué dejaron en él?

Ahora bien la Magister Florencia Serra (2010) nos dice lo siguiente:

> (...) si cruzamos la cuestión de la locura con la cuestión de la pobreza vemos cómo se configuran condiciones deficitarias para la asistencia de las

> personas con padecimientos subjetivos en la estructura familiar (...) Las políticas neoliberales aplicadas en los 90 tienen como saldo el fenómeno masivo de la exclusión social, la desprotección estatal y el consecuente debilitamiento de los lazos comunitarios. (...) se produce una fragilización de la estructura familiar en su conjunto, lo que se manifiesta en la pérdida de continencia de sus miembros más vulnerables. (...) la pobreza acentúa las desigualdades de género y frente a la adversidad, las mujeres se presentan como las más vulnerables. (Jelín 1998:100) (Pp. 37)

Lo anterior se puede ver en los discursos de los sujetos entrevistados, cuando Marta (2013) dice: *"anoche no me quedé a dormir en lo de la comadre, fui al dispensario" ¿me dejarán bañarme en la sala hoy? "ya voy a ver qué voy a hacer esta noche, por lo menos ahora no hace tanto frío".* El caso de Marta es un claro ejemplo de lo que dice Ana Cutulli en el final de su documental "Comunidad de Locos" (2005[21]): *"Hoy, con más del 30% de la población bajo la línea de pobreza, queda claro, como ya quedaba en aquella época, que más de la mitad de los internados en hospitales psiquiátricos están más por pobres que por locos".* Y en esta misma línea se encuentra Rulo quien decía; *"yo necesito plata por eso vengo"* (noviembre 2015).

En el cruce de salud mental y pobreza podemos encontrar como ya vimos múltiples variantes, una de ellas aparece reflejada en la historia de Emanuel: *"Y a mí me perseguía mucho la policía también, situaciones bravas viste, como vivo en un barrio... siempre tuve... son situaciones. Antes yo te digo que era más peligroso... Ahora son todas pendejadas. Mi vida fue brava, tuve problemas bravos. No me sorprenden las cosas que pasan ahora, no me sorprende nada".* (Noviembre 2015)

Y en relación a los vínculos y a la pobreza como condición de vida: *"Como mal. Aparte que camino todo el día porque pido monedas en el semáforo (...) vuelvo a mi casa, no se quiénes viven, quiénes entran o quiénes salen, no sé si son mis*

[21] El documental narra a través de sus protagonistas dos experiencias en comunidades terapéuticas surgidas a partir del Plan Nacional de Salud Mental, durante la dictadura militar de Onganía. En 1968 se inaugura en Lomas de Zamora, el Hospital neuropsiquiátrico José A. Estévez. Ese mismo año, Raúl Camino viaja a Federal, Provincia de Entre Ríos y crea la Comunidad terapéutica de Colonia Federal. Ambas experiencias son reprimidas por diferentes dictaduras y sus protagonistas perseguidos.

hermanos, mis enemigos, qué se yo que son, yo no sé ni quién es quién ya" (Rulo noviembre de 2015)

9.3 De trayectorias laborales y sociales, el lugar de la institución psiquiátrica

Como se ha podido vislumbrar a lo largo de los capítulos precedentes, los sujetos entrevistados presentan en sus historias ciertos rasgos comunes, ciertas similitudes. La mayoría de ellos se encuentran atravesados por situaciones de pobreza, condiciones precarias de vida, historias familiares complejas, y algunos de ellos se encuentran completamente solos en el mundo como es el caso de Rulo.

Hablamos aquí de sujetos que tienen alrededor de una década de tratamiento en instituciones de Salud Mental, algunos con internaciones breves otras prolongadas, pero siempre en permanente contacto con la institución.

Es el caso de Adriano quien menciona que estuvo un tiempo en Puiggari (en un reconocido hospital) y desde entonces ha continuado su tratamiento en el Hospital Escuela.

Marta y Rulo concurren al hospital a bañarse y a comer varios días de la semana, además de recibir atención psicológica, el hospital funciona para ellos como una especie de lugar de tránsito en el que pasan la mayor parte de su día y de sus vidas.

En los relatos de los sujetos se pueden apreciar las ganas de hacer algo, mantenerse ocupados, sentirse productivos. Aparecen en sus historias de vida diferentes modos de trabajo, en algunos el trabajo formal como Rulo, Carlos y Lalo, y el trabajo informal o de changas en Emanuel y Franco.

El hospital es centro de referencia en sus vidas, los talleres de los que participan funcionan como un eje organizador de su vida cotidiana, como relata Rulo por ejemplo que además de concurrir a los talleres, a comer y a bañarse debe concurrir a diario para retirar su medicación *"(...) acá a la huerta vengo lunes,*

martes y jueves. Y después los otros días a buscar la medicación porque no me la quieren dar junta porque dicen que me la tomo toda. Es real, aparte consumo marihuana porque me pongo depresivo y eso te levanta el ánimo... (...) y después me quedo ahí en la esquina de Almafuerte y Artigas y pido monedas (...)" (noviembre 2015)

Párrafos atrás Amarante nos decía *"no es cuestión de retirar a las personas del manicomio solamente, sino de crear las posibilidades sociales"*.

Esto también sirve para pensar cómo a partir de una supervisión realizada[22] al dispositivo se pudo comenzar a pensar de otra forma la cronificación de los usuarios dentro del taller de huerta, que las coordinadoras asociaban directamente con la duración de la participación en el taller pero no podían vislumbrar las diferencias entre la estabilidad necesaria para producir cambios y la continuidad en el tratamiento, con los efectos negativos que produce la internación prolongada.

También pensar que la huerta es para los usuarios un afuera y que es la posibilidad que existe para construir algo, y dar cierta estabilidad a los sujetos. Esto es lo que existe y lo que tienen, que también está atravesado por las representaciones sociales de la locura en la sociedad de Paraná. Porque no pueden lograr circular por otros ámbitos, no porque no quieran sino porque no se lo permite ni la sociedad, ni tampoco se lo permiten ellos mismos, porque ahí cargan con el estigma, se llevan cosas del adentro al afuera.

Se da así un proceso de doble discriminación porque si bien ellos son víctimas, -son discriminados por la sociedad-, ellos se victimizan y se ponen en ese lugar de discriminado y se terminan auto discriminando, y así coartando sus posibilidades de generar otra cosa.

[22] La supervisión es un instrumento de evaluación utilizado en los diferentes espacios del Hospital Escuela, es realizada por profesionales de otras instituciones y sirve como recurso para revisar y problematizar las prácticas con el aporte de la mirada descontaminada de otro que no vive el día a día institucional.

Más allá de las representaciones sociales familiares que se dan dentro de una institución como el hospital, y en ellos mismos como sujetos en el tratamiento del sufrimiento mental, han podido armar a nivel social y familiar y vivir por fuera de la institución. Ninguno está internado, si bien se ha podido generar algo por fuera, la misma sigue funcionando como parte de su ordenamiento cotidiano por el tratamiento que les brinda. El hospital es parte del afuera para ellos, aunque a veces nos cueste entender eso, nos haga ruido, es un afuera posible, donde se sienten alojados, con derechos, autónomos y donde pueden decidir por ejemplo qué precio va a tener el plantín, cómo se va a plantar o cuándo, cómo van a ser los días y horarios de trabajo, y las normas de convivencia.

Recuperando la idea de posibilidades sociales, también aparece la cuestión de la necesidad de políticas sociales integrales de Salud Mental articuladas con otras áreas como vivienda y educación.

Una apuesta al trabajo intersectorial y comunitario, que permita generar dentro de la comunidad políticas comunitarias que conlleven a una inclusión real de estos usuarios, hoy en día ninguno de ellos tiene un trabajo en el mercado formal, pero dentro de la institución a partir del PEL tienen una cierta estabilidad.

Aquí aparecen las significaciones de trabajo de estos sujetos donde para la mayoría la huerta es un trabajo donde se hace el juego entre lo clínico y lo laboral, pasando por el sentirse ocupado, útil y lo terapéutico del espacio. Y es así como mencionara en el capítulo segundo de la mano de Hopenhayn (2001) que *"el trabajo se define por el sentido que el trabajador encuentra en su actividad y no por nociones dadas de antemano"*, con lo cual queda claro que cada uno de los sujetos entrevistados encuentra en la tarea del taller de huerta una significación diferente.

CONSIDERACIONES FINALES

Poder darle un cierre a esta investigación ha sido la parte más difícil de este trabajo, por lo tanto lo que quisiera hacer aquí es plantear un final abierto.

Primeramente quiero remarcar la importancia de realizar estudios de este tipo donde se ponga el foco en los sujetos que padecen algún tipo de sufrimiento mental, aprender a escuchar, a compartir y comprender. Que el paciente-objeto silencioso, recupere su voz y la posibilidad de participar activamente en su tratamiento.

Recuerdo la emoción de Adriano cuando le comenté sobre la posibilidad de realizar una entrevista para poder hablar sobre su vida y el muy entusiasmado le comentó a sus compañeros que yo iba a hacerle un reportaje porque era una persona importante. Y por supuesto que sí, ¿por qué debería ser su palabra menos valiosa que la de otras personas?

Creo que he podido dejar mi huella en este grupo de talleristas con mi tránsito como practicante y como tesista. Revalorizar el lugar estos sujetos, que sepan que tienen algo que decir, algo que puede abonar a que otras personas comprendan de que hablamos cuando hablamos de un dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial, qué es, qué genera en sus usuarios, qué implica hablar de talleristas y no de pacientes, o mejor dicho de huerteros como se llaman ellos.

Pero sería hipócrita de mi parte decir que ellos no han dejado una huella en mí, el contacto con situaciones complejas, de vulnerabilidad y de exclusión nos hacen chocar de frente con una realidad que en otro tiempo habría catalogado como muy lejana a mi persona. Es a partir de este tipo de experiencias que uno toma conciencia de la complejidad del campo social y la necesidad de intervenciones acorde a la misma, que la realidad avanza a una velocidad cada vez más rápida que muchas veces nos deja mal parados y nos cuestan asimilar los cambios.

Así mismo, la importancia de contar con políticas de inclusión social real que contribuyan a la defensa de los Derechos Humanos. Políticas que tengan objetivos

claros y que ofrezcan cierta estabilidad para producir cambios en la vida de las personas.

No quiero olvidarme de remarcar la importancia de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones como herramienta fundamental para la defensa y promoción de los derechos de las personas con padecimientos mentales. Y es frente a los cambios políticos actuales que se torna fundamental la movilización de los trabajadores del Campo de la Salud Mental para profundizar los logros alcanzados.

Estos sujetos que aquí aparecen con nombres propios han podido efectuar cambios en sus vidas cotidianas a raíz de la participación en el taller de vivero y jardinería. El contacto con otros, el fortalecimiento de los lazos, la construcción de autonomía en la toma de decisiones, la gestión del taller, el poder decir que no a ciertas cosas.

En el principio aparecía mi pregunta respecto de si la huerta era un trabajo para sus talleristas o era un espacio clínico. Y creo que la respuesta es contundente, pude comprender el significado que para ellos tiene este dispositivo: se trata de un espacio clínico laboral, en el cual se pone en juego que sea a la vez un trabajo para ellos, lo que queda plasmado en la importancia del rédito económico, la fijación de días y horarios, y las decisiones que giran en torno a estas pautas; y a la vez es un espacio clínico que produce la generación de transformaciones en la vida cotidiana de estos sujetos a partir de relacionarse con otros. También a partir de la participación en este espacio empiezan a organizar otras esferas de su vida, cuando fueron las elecciones nacionales se planteó la necesidad de capacitación respecto del mecanismo de votación; la inscripción en IAPV para obtener una vivienda; solicitud de luz eléctrica, gas y agua potable en algunos casos; el conocimiento del manejo institucional frente a la solicitud de determinados trámites, en este caso el funcionamiento burocrático para el otorgamiento del PEL. Todas estas cuestiones dan cuenta de una mejora en la calidad de vida de estos sujetos, que comienzan a partir de prácticas sustitutivas y de ruptura con la lógica manicomial a hacer reclamos ciudadanos.

Es importante remarcar que para que este proceso se siga implementando es necesario un trabajo intersectorial y con la comunidad en general, en pos de la re significación de las representaciones sociales respecto de la locura y el lugar asignada al loco como incapaz de insertarse en el mercado laboral formal.

Es necesario un arduo trabajo de concientización, capacitación y acompañamiento en pos de generar estrategias que posibiliten la inclusión social real de los usuarios de los servicios de Salud Mental, en la comunidad en general y puntualmente en el mercado laboral.

Las significaciones de trabajo en clave de trayectorias laborales y sociales que pretendí investigar me llevaron a la conclusión de que, las significaciones de trabajo de los sujetos entrevistados están directamente ligadas a su actividad laboral actual, es decir al taller de huerta. Asocian la idea de trabajo a la huerta y desde ahí construyen qué es el trabajo para ellos, por lo que la misma aparece como:

Un trabajo- donde aparece el rédito económico, la asistencia, el cumplimiento de un horario, sentirse útil. *Medio de subsistencia*

Parte del tratamiento, sentirse bien, encontrar paz, tener atención médica, producir rupturas y modificaciones en su vida cotidiana. *Lugar de tratamiento*

Ocupación del tiempo libre- "no estar al pedo", mantenerse ocupados. *Ordenador de la Vida Cotidiana*

Lugar de encuentro- donde compartir, conversar y cultivar la amistad. *Modo de fortalecer los lazos sociales*

Un lugar donde pueden tomar decisiones- mediante la asamblea. *Medio de expresión.*

Un lugar donde depositan sus deseos- Emanuel en una de las entrevistas plantea su deseo de conseguir un **trabajo por fuera**, es decir que el trabajo de

huerta, es un trabajo dentro del hospital que para un mientras tanto sirve como capacitación, pero aparece este deseo, que por ahora se presenta como algo lejano en el tiempo.

Aparece en él la palabra del médico como imperante y jugándose siempre la barrera simbólica del adentro y afuera hospitalario, cuando me dice: *"yo puedo dejar la huerta, y conseguir un trabajo afuera, lo que me diga la doctora viste. Yo salí afuera y es difícil, no es como que vos venís acá y haces la tuya. Afuera es más difícil es otro mundo". (Noviembre 2015)*

Algunos interrogantes que dejó la investigación:

¿Será posible en algún momento hablar de una inclusión social real de estos sujetos? ¿Perderán el miedo a ese afuera que los asusta e inhabilita?

¿Podremos como sociedad perder el miedo a la locura?

¿Logrará Emanuel conseguir el trabajo extra muros que tanto desea?

¿Podrá Marta encontrar una vivienda y perder esa inestabilidad que la caracteriza? ¿O seguirá deambulando por los pasillos hasta el final de sus días?

BIBLIOGRAFÍA

Teórica

-Amarante, Paulo (2009) Superar el Manicomio: Salud Mental y atención psicosocial. Primera Edición. Editorial Topia. Bs. As, Argentina.

-Aquin, Nora Ponencia: La relación sujeto- objeto en Trabajo Social: Una resignificación posible.

-Basaglia, Franco (1982) Rompiendo el circuito de control. En Psiquiatría crítica: la política de la salud mental. Ed. Grijalbo. Barcelona.

-Battistini, Osvaldo (2004) El Trabajo frente al espejo.

-Becerra Rosa Ma.; Kennel Beatriz L. (2008) Elementos básicos para el trabajo social en salud mental. Ed. Espacio. Bs. As.

-Carballeda, Alfredo. (2007) Problemáticas Sociales Complejas y Políticas Públicas. Universidad ICESI. Colombia.

-Carpintero y Vainer (2011) Ficha de Cátedra: Salud Mental Campos y Supuestos. Tema: "La emergencia del campo de la Salud Mental en Argentina. Su contextualización histórica como determinante de su devenir". UNER-FTS.

-Castel, Robert (1984) La gestión de los riesgos: De la anti-psiquiatría al post-análisis.

-Castel, Robert. (2009) El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo- 1ra ed. Buenos Aires. Nueva Visión.

-Cesilini, Guerra y Novoa (2007) La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de la ciudadanía. Editorial espacio. Bs. As.

-Custo, Esther (2008) Salud Mental y Ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social. Editorial Espacio. Bs. As.

-De Leonardis O. y otros. (1995) La Empresa Social. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.

-Devallis Mariana Paulín y Alfonsina Arrondo Constanzo. (2005) Fortalecimiento de la autonomía de las personas con padecimiento mental en la Revista Topia N° 66.

-Elichiry, Nora (1987) Importancia de la articulación interdisciplinaria en el desarrollo de la metodología transdisciplinaria, en "El niño y la escuela". Nueva Visión.

-Elizalde, Mariela (2013). Salud Mental. Documento de cátedra. UNER FTS.

-Else Jesica (2010) Tesis de la Lic. En Trabajo Social: "Perspectivas de los profesionales en el abordaje de la salud mental. El trabajo como promoción de salud". Facultad de Trabajo Social. UNER. Paraná.

-Farr, Robert (1993) Las representaciones sociales, en Moscovici: Psicología Social II. Editorial Paidós. Bs. As.

-Fernández, Ana María. Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades. Colección Sin Fronteras. Editorial Biblós.

-Fernández A. y Rozas M. (1988) Políticas Sociales y Trabajo Social. Editorial Hvmanitas. Bs. As.

-Floreal Ferrara (1985) Teoría social y salud. Bs. As. Catálogo.

-Foucault, M. (1986) Historia de la locura en la época clásica. Tomo 1. Segunda edición, cuarta reimpresión. Editorial: Fondo De Cultura Económica. México, México.

-Foucault, M. (1986) Historia de la locura en la época clásica. Tomo 2. Segunda edición, cuarta reimpresión. Editorial: Fondo De Cultura Económica. México, México.

-Galende, E. (1992) Psicoanálisis y Salud mental. Editorial Paidós. Bs. As.

-Goffman, E. (1972) Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Editorial: Amorrortu. Bs. As.

-Gutiérrez, Alicia. Pierre Bourdieu: las prácticas sociales. Centro editor de América Latina.

-Hernández, García Y. (2006) Acerca del género como categoría analítica. En Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas: Nómadas.

-Hopenhayn, Martín. (2001) Repensar el Trabajo. Historia, profusión y perspectivas de un concepto. Grupo Editorial Norma. Bs. As.

-Jodelet, Denise (1993) La representación social: fenómenos, concepto y teoría en Moscovici Psicología Social II. Bs. As. Paidós.

-Louro Bernal, Isabel "La familia en la determinación de la salud" en Revista Cubana Salud Pública v.29 n1. Ciudad de La Habana ene-mar 2003

-Lugano, Claudia. (2002) "El concepto de vida cotidiana en la intervención del Trabajo Social" en Revista Margen N°24.

-Neffa, Julio César (Coord.) (2001) Tele gestión: su impacto en la salud de los trabajadores. Argentina.

-Núñez, Violeta (2007) Pedagogía Social: un lugar para la educación frente a la asignación social de los destinos. Conferencia pronunciada en el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Argentina en abril de 2007.

-Panaia, Marta (Comp.) (1996) Trabajo y empleo. Un abordaje interdisciplinario. Editorial Universitaria de Bs. As.

-Parra Garrido, Manuel (2001) "Salud Mental y Trabajo". Monografías de Gestión en Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Santiago.

-Quiroga Ana P.; Racedo Josefina (2003)Crítica d la vida cotidiana. Ediciones Cinco. Bs. As.

-Rojas Ortiz, Roxana G. "Género y enfermedad mental" en Revista Margen Edición Nº 54, junio 2009.

-Rozas Pagaza, M. (2001) La Intervención profesional en relación con la Cuestión social. El caso del trabajo Social. Bs. As. Ed. Espacio.

-Rozas Pagaza, M. (2005) Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social. Editorial Espacio. Bs. As.

-Serra Florencia (2010) Tesis de Maestría en Trabajo Social. La Familia en los procesos de manicomialización- desmanicomialización. Estudio de las trayectorias asistenciales de pacientes crónicos de la colonia psiquiátrica de Oliveros. UNER FTS

-Schorn Marta (2009) La capacidad en la discapacidad. Sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo. 1ª ed. 3ª Reimpresión- Ed. Lugar. Bs. As.

-Schütz Alfred (1993) La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva. Editorial Paidós Básica. España.

-Sirvent, Ma. Teresa (1999) "Representaciones sociales" en Cultura Popular y Participación Social. Ed. Miño y Dávila. Bs. As.

-Stern Fernando A. (2005) El estigma y la discriminación. Ciudadanos estigmatizados, sociedades lujuriosas.

-Stolkiner Alicia (1988) Prácticas en Salud Mental, en la revista: Investigación y Educación en enfermería, Vol. VI No 1, Marzo de 1988, Universidad de Antioquia, Medellín.

-Stolkiner Alicia (1999) La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. En revista El campo Psi. Revista de información especializada. Año 3 N° 10. Rosario.

-Stolkiner Y Solitario (2007) Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías.

-Suaya Dulce. (2010) Historia Vital del Trabajo. Herramienta de atención en salud colectiva. Primera Edición. Cooperativa Chilavert Artes Graficas. Bs. As.

-Varela, Nuria. (2005). Feminismo para principiantes. Ed. Ediciones B.

-Wainerman, Catalina. (2003). Familia, Trabajo y Género. Un mundo de nuevas relaciones. UNICEF.

-Zaldúa G. y otras. (2002) Salud mental: territorios y narrativas entre la reproducción y la transformación. En: Praxis psicosocial comunitaria en salud: campos epistémicos y practicas participativas.

Metodológica

-Badano, M. y Díaz, R. Ficha de Cátedra: Análisis de Entrevista. Frases significativas. Seminario apoyo tesistas, Maestría en Trabajo Social, FTS, UNER. Versión digital: http://www.fts.uner.edu.ar/catedras03/tfoi/mat_catedra/analisis_entrevistas_frases_significativas.pdf

-Bourdieu, P. (1977) La Ilusión Biográfica. Razones prácticas. Editorial Anagrama. Colección Argumentos. España.

-Carballeda, Alfredo (1999) "Algunas consideraciones sobre el registro dentro del campo del trabajo social" en Revista Margen.

-Carballeda Alfredo (2007). Escuchar las prácticas. Buenos Aires: Espacio.

-Guber Rosana (2001) La etnografía, método, campo y reflexividad. Capitulo 3La observación participante. Grupo Editorial Norma.

-Sautu Ruth. (2004) El método biográfico. Editorial: Lumiere Ediciones.

-Scribano, Adrián Oscar (2008) El proceso de investigación social cualitativo. Editorial Prometeo. Bs. As.

-Simons, H. (2011) El Estudio de caso: teoría y práctica. Ediciones Morata.

-Universidad Nacional de Entre Ríos- Facultad de Trabajo Social- (2005). La investigación en Trabajo Social. Volumen IV. Paraná, Entre Ríos Argentina.

-Universidad Nacional de Entre Ríos- Facultad de Trabajo Social- (2012) La investigación en Trabajo Social. Volumen X. impresión: Uranga Complejo Gráfico. Paraná, Entre Ríos, Argentina.

Aportes Legales:

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26657

Sitios web:

http://www.trabajo.gob.ar/

ANEXO

Se presenta al lector una entrevista grupal desestructurada que formó parte del trabajo de campo de este estudio.

Lugar: galpón del Taller de Vivero y Jardinería. Hospital Escuela de Salud Mental. Paraná Entre Ríos.

Fecha: 22 de octubre de 2015 /Hora: 10. 00 hs. /Duración: treinta minutos.

Participantes:

Coordinadoras del taller

Usuarios del taller.

Observación: faltaban tres integrantes del taller

Objetivo:

-reconstruir las significaciones de trabajo que poseen los usuarios de este taller

-indagar acerca de la implicancia que tiene en la vida cotidiana de estos usuarios la participación en el taller

SIGLAS:

C: COORDINADORAS- E: EMANUEL / M: MARCOS /S: SONIA /CAR: CARLOS /L: LALO

ANOTACIONES:

Se pueden percibir claras diferencias entre los entrevistados en relación a los objetivos propuestos para esta investigación. Por un lado E hace una clara referencia al espacio como un "laburo" y lo menciona en reiteradas oportunidades; por otro lado S hace referencia claramente a lo terapéutico y a lo que a ella le genera estar en este espacio "paz".

Quienes tomaron la posta del encuentro fueron claramente E y S. E por su trayectoria en el espacio y S por su personalidad avasallante y de liderazgo.

TEXTO	ANALISIS	CATEGORIAS
Brenda: antes que nada buenos días, como ya les comentaron las coordinadoras, la idea es que me puedan comentar hace cuanto tiempo que están en el taller y qué actividades hacen acá. C: ¿quién quiere comenzar? E: hace casi tres años ya que estoy, pero empezamos con el gallinero. Y como yo no tenía laburo allá en casa buscaba laburo y llegue acá de paciente y me dieron laburo. Yo me despejo de mi casa y vengo acá a laburar. Es algo bueno, aprender un poquito más. Tuve muchos amigos, muchos que se fueron, cada año cambiamos de amigos, tenemos una amistad cada uno, tenemos respeto, que es lo principal, ser compañeros. Compañeros con las coordinadoras también. Y ahora el vivero es otra cosa nueva que vamos a hacer. ¿Me entendiste más o menos? B: si por supuesto, gracias S: yo empecé este año, en agosto empezamos. Yo ya vengo desde que era chica con las plantas pero bueno en mi casa no podía tener plantas por el tema de los animalitos, de los perros, mi nene que rompe todo. Y bueno cuando me vine que vine acá el tema de las plantas, dar vuelta tierra, todo eso a mí me encanto, fue una experiencia muy linda, aparte tener contacto con la tierra, con las plantitas, con las semillas, verlas crecer, que vos las ves chiquititas y ahora que ya dan la flor y todo como que es algo muy lindo. Y aparte la amistad que encontré es muy buena. Y la terapia que he tenido digamos, he venido sin psicólogo ahora tengo hace poquito,	Remarca la idea del "laburo" La idea de la huerta como lugar de trabajo. Trabajo como "despeje" Asociado a la idea de aprendizaje. Referencia al grupo humano que se ha ido formando y mutando en el tiempo. Hace referencia a las actividades dentro del espacio. Menciona la amistad como importante.	Laburo Búsqueda Paciente Aprendizaje Amigos Amistad Respeto Compañerismo Coordinadoras Casa Familia Amistad Terapia

venía muy bien en el tema de psicólogo porque conversaba con mis compañeros, y las coordinadoras, hacía comentarios y ellas me decían si podes hacer esto, podes hacer lo otro, o no esto, no lo otro. La experiencia es muy linda la verdad que estoy teniendo en este espacio. Lo que más me gusta es el vivero. E: lo que no haces en tu casa lo haces acá. (risas) S: y si el espacio que no tengo en casa lo tengo acá. E: te despejas de tu casa. S: si lo hago acá. E: si como yo. S: la terapia que tengo acá no hay en mi casa. Mi casa es una bomba viste, vos llegas a mi casa y como que yo la estallo, la hago estallar como quien dice, es así, el tema es así. Acá es una paz para mí, este espacio que tengo es una paz. Aparte los compañeros las coordinadoras todo es muy bueno. Eso es lo que tengo para decir. E: el respeto de uno, cada uno sabe lo que es el respeto de cada persona. Eso para mí también es lo más importante, ser amigos y tener respeto. S: saber respetar y que te respeten y darse su lugar también. Eso es lo más importante. E: porque si nosotros nos peleamos todos, no tenemos amistad, no tenemos nada. S: es lindo también porque la otra vez estábamos E y yo acá, el daba vuelta la tierra y hacia el pocito con la azada y yo ponía la semilla, los dos estábamos	Remarca la cuestión de la terapia que asocia por momento al hecho de contar con un psicólogo en consultorio pero a su vez la asocia a lo grupal, a lo terapéutico grupal, el compartir del día a día con sus compañeros de taller. Que allí radica también lo terapéutico de este espacio en el cruce con lo laboral. Se percibe un ánimo relajado y de confianza. Espacio asociado al despejarse. Hace referencia a conflictos familiares. Taller asociado a "una paz para mi" "este espacio que tengo es una paz para mí". Vuelve a aparecer en el discurso de E la idea de lo necesario que es el respeto en este grupo humano, y como para él, es lo más importante	Compañeros Coordinadoras Experiencia Espacio Vivero Casa Despejarse terapia paz compañeros coordinadoras respeto

coordinando como quien dice juntos, ese es el trabajo en conjunto. Y bueno ahora ve eso (señalando las plantas) eso es muy lindo porque nosotros decimos mira, hicimos el pocito y no sabíamos si iba a salir o no, porque eran semillas viejas. E: nosotros nos la jugamos de una, si salía salía. Mira como los tomatitos salieron y así probando varias cosas salieron. S: aparte si vemos los canteros que pasa un tiempo y no sale, lo levantamos y volvemos a sembrar. E: nosotros sembramos cosas que come la gente, no podemos sembrar cosas que no salga a la venta. Porque nosotros no hacemos nada sin que nos digan ellas, como ellas nos están coordinando a nosotros. S: no, no es que no hacemos nada, nosotros venimos, yo soy una persona que si yo no sé que hay que hacer vengo y me fijo acá (mirando el calendario de sembrado) y digo muchachos hay que hacer esto, y quedamos todos de común acuerdo, no es que los reto ni nada. E: la otra vez que quedo parado el taller porque no teníamos semillas y no sabíamos que hacer. Y propusimos una idea cada uno así y empezamos. De tanto esfuerzo salió algo. S: la mayoría de las plantitas, traía Caro, traía yo, Georgi y ahí hasta de los gajitos y verlas crecer y con las flores y todo, es algo hermoso. E: pasa que uno se da maña hay que probar.	Denota trabajo en equipo, en conjunto. Idea de utilidad y consumo Se vislumbra la figura de autoridad que para los usuarios representan las coordinadoras. Esta usuaria hace referencia a la toma de iniciativa para realización de actividades.	Trabajo en conjunto Coordinación iniciativa

C: bueno ¿quién quiere seguir contándole a Brenda? M: yo hace poquito que estoy pero me gusta. Me gustan las plantas. Me gusta para estar todos juntos trabajando. Para trabajar. E: esto empezó de cero. Hicimos una asamblea para ver cómo iba a salir todo esto. C: ¿quiénes son los más antiguos de la huerta? E: yo, L y CAR. CAR: yo entré cuando Coordinaba Marianela, hace años. C: claro, vos estuviste en la experiencia anterior. Porque antes ya había una huerta hace muchos años. C: pero después C cuando arrancaste con nosotros ya estaba M acá? E: no C: entraron casi juntos. E: yo entre hace dos años. L: E entró ultimo E: yo estaba en cocina. CAR: el más antiguo es L Brenda: claro E empieza en 2013 cuando yo era practicante. S: y esto lo he visto en la tele (mostrando una botella con liquido amarillo) es de las colillas de cigarrillo con agua y esto mata los hongos, los bichos, hay que regar con esto. Y es lo más sano, no es tan malo para las	Refiere a su gusto por las plantas y el trabajo en grupo, remarca la idea de trabajo. ¿Cómo lo definiría al trabajo sería la pregunta aquí? Referencia a un espacio anterior de huerta Hacen referencia a la antigüedad de cada uno en el espacio. Al tiempo que han transitado por el mismo.	esfuerzo Trabajo Asamblea antigüedad coordinación huerta Antigüedad

plantas. C: bueno, vos L querés contar algo? L: ¿qué querés que cuente? C: ¿no te acordás lo que pregunto Brenda? Sobre el taller, hace cuanto estas, que es para vos la huerta. L: la huerta es un lugar muy lindo, muy bueno para seguir como vamos. CAR: la huerta es lindo lo que pasa es que muchas veces el compañerismo no funciona. Hay personas que no quieren trabajar, ese es el problema y a veces yo me bronqueo porque no es justo que estén cobrando sin trabajar. Nosotros vinimos a pesar de todo. (esto surge en referencia a la ausencia reiterada de un usuario) (suprimo parte del dialogo siguiente por no ser relevante para el tema en cuestión) Brenda: CAR hace cuanto que estas vos acá? CAR: yo hace mucho ya. Cuando existían los federales en la otra huerta. 2001 por ahí C: claro, estuviste ahí hace mucho, después dejaste, retomaste en 2012 por ahí. Cuando arrancamos nosotras. Se acuerdan de J de Marc, de JJ. Brenda: claro yo estaba de practicante en aquel entonces. CAR: para mí la huerta es un trabajo, vengo, cumplo a mí me gusta a pesar de todo. Por eso vengo. Nosotros somos re compañeros, pero por ahí te sacan viste. C: pero eso es algo que pasa en todos los trabajos.	Interrumpe la charla para seguir contándome de uno de sus aportes. Referencia a la huerta como lugar que es muy lindo y para seguir como vamos. Escuetas palabras para analizar ¿i Usuario que se percibe enojado con sus compañeros por falta de compromiso. Asocia directamente la idea del trabajo al cobro.	Huerta Falta de compañerismo Trabajo Problema Cobro Trabajo

CAR: si pero por ahí t da bronca. Brenda: Uds. se juntan acá en la huerta o por fuera también. S: yo con él (señalando a M) nos hemos cruzado por ahí. Hablamos por ahí de comer un guiso cosa de conocer a la mamá o que el después vaya a mi casa. Después no sé donde vive. E: yo vivo en el Macarone, es peligroso, es como todo barrio viste. CAR: hay que salir armado (risas) E: no no, ya me conocen a mí. Pero hay gente mala, como todo barrio. Pero tenemos contacto más cuando venimos acá. estamos acá nomas Brenda: alguien más quiere comentar algo más? E: esto, para nosotros, el vivero que estamos haciendo ahora es algo nuevo como el año pasado hicimos huerta nomas, esto es nuevo. S: una experiencia distinta. E: y eso que nos faltan los materiales que nos tienen que entregar. C: bueno yo me tengo que ir yendo. ¿Alguien quiere decir algo más? (respuesta negativa) Brenda: bueno, muchas gracias a todos. (nos saludamos y procedemos a retiramos todos del espacio)	La huerta es trabajo	Huerta Trabajo Cumplir Compañerismo Trabajo