

X Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata. 5, 6 y 7 de diciembre de 2018

Mesa 46: “El nacimiento de la clínica. Ciencias sociales y salud”

Título de la ponencia: Emprendimientos productivos en Salud Mental. Un estudio de caso dentro del Centro de Salud mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia; 2017.

Autora: Guaresti, Guadalupe. UNLP 00099/2

Resumen:

Esta ponencia se encuentra enmarcada en una tesina de grado “*Emprendimientos productivos en salud mental. Un estudio de caso dentro del centro de salud mental comunitaria Dr. Franco Basaglia; 2017*” donde se buscó problematizar la forma en la que se construyen ciertas correspondencias entre las estructuras de desigualdad social y diferentes problemáticas que se relacionan con el proceso de salud-enfermedad-atención de “pacientes psiquiátricos” que se encuentran transitando un proceso de *desmanicomialización*. Particularmente, en esta ponencia, me propongo presentar algunas reflexiones que surgen del análisis empírico, el cual apuntó a conocer las experiencias y sentidos asociados al trabajo producido dentro de un “taller/emprendimiento” de venta y producción textil desarrollado en el marco de un “dispositivo de atención” multidisciplinario que proyecta, en última instancia, a una posible inclusión socio-laboral de aquellas personas que se encuentran transitando un proceso de externación.

Palabras claves: Salud mental, emprendimientos productivos, trabajo, inclusión, desmanicomialización.

Introducción:

En los últimos años han crecido a nivel local, las experiencias comunitarias en salud mental y discapacidad que proponen nuevas formas de gestionar servicios y emprendimientos productivos que mantengan un enfoque de derechos -a la salud y al

trabajo- , proyectando en última instancia, a una posible inclusión socio-laboral de aquellas personas que se encuentran transitando un proceso de externación.

Bajo el paradigma de la desmanicomialización y la salud comunitaria surgen diferentes “talleres/emprendimiento de productivos” que funcionan articuladamente con “Centros de día” y se presentan como nuevas experiencias que buscan capacitar y acompañar a los/as “usuarios/as” en adquisición de ciertas habilidades que les permitan incorporarse al campo laboral, ya que en muchos casos las pensiones que pueden llegar a percibir no alcanzan a cubrir sus necesidades básicas. La falta de recursos económicos y la pérdida de apoyo familiar suelen ser algunos de los obstáculos más frecuentes en la efectivización del proceso de externación de pacientes psiquiátricos (Pasquale; 2005; Basaglia; 2008 Goffman; 1992). Estas experiencias buscan combatir la situación de vulnerabilidad a la que se encuentran sometidos/as los/as pacientes psiquiátricos/as luego transitar de largos periodos de internación.

Nos encontramos frente a un trabajo descriptivo y exploratorio; consecuentemente con los fines de esta investigación utilizó una metodología de tipo cualitativo. En un sentido amplio, esta investigación buscó ser un aporte a un estudio más general sobre la temática de la salud comunitaria y la “desmanicomialización”, que si bien ha sido abordada en múltiples producciones teóricas, generalmente haciendo referencia a hospitales psiquiátricos, más no a los “Centros de día” que, si bien funcionan en relación de dependencia con aquel armazón institucional, buscan encarnar nuevos paradigmas y, sobretodo, trabajar desde nuevas estrategias de atención ambulatoria y hacia el cierre progresivo de instituciones psiquiátricas. El trabajo de campo de la presente investigación se realizó en el Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia de la ciudad de La Plata durante 2017, varios años después de la sanción de la Ley de salud mental 26.657/10, que significó un nuevo encuadre y horizonte en este tema.

En Argentina, la población internada en hospitales psiquiátricos, donde históricamente imperan modelos manicomiales de atención, registraba continuos abusos de índole física y psicológica; realidades que terminaban reproduciendo y agravando el padecimiento mental de los pacientes internados (CELS;2006). Las internaciones por tiempo indeterminado, la sobre-medicación, la disciplina normalizadora, las relaciones abusivas de poder y la estructura jerarquizada de los

hospitales psiquiátricos, son reconocidos como algunos de los factores que contribuyen a la cronicidad de la enfermedad, así como a la exclusión y el aislamiento de los y las pacientes, limitando considerablemente su posible recuperación (CELS; 2006). Todas las falencias e irregularidades permiten cuestionar severamente y denunciar al manicomio, evidenciándolo como un dispositivo incapaz de alcanzar su fin último propuesto, ayudar a resocializar a el/la interno/a psiquiátrico/a.

El hospital neuro-psiquiátrico tradicional, entendido como institución total, se encuentra ampliamente cuestionado desde hace tiempo, y la preocupación por reformular los sistemas de atención en consonancia a nuevos paradigmas en salud mental acordes al reconocimiento de los derechos humanos se encuentra presente en un extenso cuerpo de tratados y recomendaciones nacionales e internacionales¹.

Modelos de atención en disputa

Antes bien, para comprender el sistema manicomial como abordaje psiquiátrico retomaremos la conceptualización que hace Menéndez (1990) como una modalidad característica de lo que denomina *Modelo médico hegemónico*² (MMH). Utilizaremos

1 Nacionales: Ley 22914 internación,1983; Ley de Salud Mental de Río Negro 2440, 1991; Reforma de salud mental de San Luis,1993;Programa "PREA" Buenos Aires,1999; Ley 448 GCBA,2000; Ley de los derechos del paciente,2009; etc._
Internacionales: la Ley Basaglia,1978; la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1978; Declaración de Caracas OPS-OMS,1990; Principios de Brasilia,1990; la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, 1999; las Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad, 1993. etc.

2 Según el autor, este modelo presenta ciertas características estructurales "a) *biologicismo*; b) *concepción teórica evolucionista/positivista*; c) *ahistoricidad*; d) *asocialidad*; e) *individualismo*; f) *eficacia pragmática*; g) *la salud/enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos)*; h) *orientación básicamente curativa*; i) *concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia*; j) *práctica curativa basada en la eliminación del síntoma*; k) *relación médico/paciente asimétrica*; l) *relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica)*; m) *concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado*; n) *el paciente como responsable de su enfermedad*; o) *inducción a la participación subordinada y pasiva de los "consumidores" de acciones de salud*; p) *producción de acciones que tienden a excluir al "consumidor" del saber médico*; q) *prevención no estructural*; r) no

esta concepción considerando que el campo de la salud mental es un subcampo dentro del campo de la medicina en general, compartiendo concepciones y abordajes característicos del MMH. Toda sociedad, en la medida en que construye concepciones acerca de “la salud” y “la enfermedad”, genera necesariamente modelos médicos que expresan en sus caracteres fundamentales a dicha sociedad. Entonces, cuando hablamos de MMH, hablamos de una forma determinada de entender los procesos de salud-enfermedad y de actuar en relación a ellos.

El MMH entiende a la “enfermedad” como un efecto patológico devenido de procesos biológicos, vislumbrando al paciente como un individuo aislado y ahistórico, donde el contexto sociocultural es tenido en cuenta como un detalle menor, dando a los factores biológicos un rol fundamente cuando no determinante de la condición de un/a paciente. Este modelo adhiere, a su vez, a una concepción de “enfermedad” como una ruptura, desviación o diferencia y a la “salud” como normalidad estadística en la cual se busca englobar al grueso de la sociedad y excluir, aislar, segregar a todo aquello que se aleje de la norma. Tales modelos son construcciones sociales que se objetivan y cristalizan en instituciones, diagnósticos, prácticas y saberes, así como en imaginarios y simbolismos sociales que se ponen en juego en determinados momentos históricos con connotaciones que suelen ser de carácter político (Menéndez;1992). En este sentido, las distintas concepciones o supuestos para designar a una persona la condición de “sana” o “enferma” varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico (Galende:1990).

Podemos recuperar a otros autores como Becker (2012) quien afirma que para que una conducta y/o rasgo sea *etiquetado* como anormal y desviado o no, es resultado de un proceso de confrontación socio-político e histórico y, en tanto, no necesariamente se debe a una cualidad intrínseca en el sujeto a quien se señala. Históricamente, locura y “peligrosidad” han sido construidos como rasgos socialmente vinculados³.

legitimación científica de otras prácticas; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; u) tendencia a la medicalización de los problemas; v) tendencia inductora al consumismo médico; w) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; x) tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica.” (Menéndez, 1992:87)

3 H. Becker explica en su libro *Outsiders* como “la posesión de un rasgo desviado puede tener un valor simbólico generalizado, de forma tal que la gente presupone

Una vez que el sujeto ha sido identificado y *etiquetado* en tanto poseedor de una “enfermedad mental”, el mismo tiende a ser considerado como una persona peligrosa y, en consecuencia, aislado de las actividades más convencionales, dígame tal vez, sus pasatiempos, sus círculos sociales, su trabajo y hasta su familia. En este sentido, la internación de pacientes con padecimientos mentales en hospitales monovalentes es una práctica que ha sabido legitimarse continuamente a lo largo del tiempo por el imaginario social que construye al “loco” como un sujeto del que hay que resguardarse. El prejuicio no sólo se arraigó en los diagnósticos psiquiátricos, sino que llegó a constituirse social y culturalmente como una verdad incuestionable que confinaba a aquellos/as quienes fueran identificados/as con un “desorden mental” a ser segregados/as y retirados/as de la escena pública. Es así que los manicomios, desde sus orígenes, tienen por función esencial aislar y retirar de circulación a personas que pudieran convertirse en factores de perturbación del orden social.

En esta línea, se vuelve de vital importancia entender los procesos de salud/enfermedad enmarcados en el contexto social e histórico en el cual se inscriben. Ver la totalidad del proceso social implica identificar aquellos elementos que le son contingentes, los cuales suelen escapar de los diagnósticos médicos más superficiales y que, sin embargo, constituyen problemas sociales que se corresponden con estructuras de producción y reproducción del orden social (Laurell; 1987). La necesidad de repensar categorías como “salud” y “enfermedad” tal como aparece definido por las corrientes más tradicionales, habilitó un replanteamiento a nivel teórico-metodológico que derivó en la reconceptualización de la totalidad del proceso salud/enfermedad. En consonancia con Laurell, Eduardo Menéndez (1994) incorpora como parte fundamental del proceso la categoría de “atención”. Desde esta perspectiva se busca incorporar aquello que las ciencias duras omiten sistemáticamente, y que tiene que ver con el conjunto de representaciones y prácticas sociales que se generan al momento de intentar entender, enfrentar y solucionar un problema de salud. Hablamos de un abanico de opciones y respuestas sociales que construyen los grupos sociales frente a los procesos

automáticamente que su poseedor también tiene otros rasgos indeseables asociados” (2012:52) En esta misma línea, el autor enfatiza que “(...) ser descubierto y etiquetado como desviado tiene importantes repercusiones en la futura vida social y en la imagen que hacen las personas sobre sí mismas” (2012:51).

de salud/enfermedad. Las respuestas que encontramos, en parte, suelen alinearse con el MMH, el cual enmarca una forma legítima de entender y de actuar frente a la “falta” de salud y, también, orienta y normaliza las formas “correctas” de prevenir otros padecimientos que pudieran incidir en la salud (Menéndez; 1994).

Un análisis integral que pueda dar cuenta este tipo de fenómenos sociales nos ubica frente a desigualdades sociales, relaciones poder y resistencias, que remiten a concepciones de *clase*. Este puede ser un soporte importante para pensar diferentes problemas sociales y, particularmente, aquellos que recortamos como procesos de salud-enfermedad-atención.

El problema así definido es susceptible de ser abordado en diferentes niveles de análisis que procuran registrar diferentes esferas de una realidad compleja y dinámica. Goffman (1992) señala que el tiempo de internación de una persona dependerá de los recursos sociales y económicos de los que disponga el/la paciente más que del tratamiento de su propia enfermedad. Junto a Basaglia, sostienen que quienes terminan “cronificados/as” en un manicomio son aquellos/as pacientes que no cuentan con los recursos, ni contención familiar o apoyos de ningún otro tipo por fuera del psiquiátrico. Al ingresar a una institución total, el sujeto queda marginado y excluido del sistema productivo. Paulatinamente empobrecido/a; sin trabajo ni contención, los/as pacientes simplemente no tienen a dónde ir y se ven “institucionalizados/as” por tiempo indefinido. En este punto, se vuelve central poder entender en términos históricos la relación entre las estructuras de desigualdad y los procesos de salud/enfermedad.

Según Basaglia (2008), el concepto de “enfermedad mental” posibilita a la sociedad segregar y marginar al “improductivo”. Estar fuera del sistema laboral implica correr el riesgo de ser rotulado/a como “diferente”, ser etiquetado/a y expulsado/a. Por ello, y enfocando su análisis en las condiciones de producción social y económica, el autor entiende que los problemas de salud-enfermedad mental no están definidos únicamente por el diagnóstico médico, sino además, por los sistemas socioeconómicos. Desde este lugar, la enfermedad adquiere un significado diametralmente distinto según el nivel socioeconómico de los/as enfermo/a, por lo que la enfermedad en sí misma no determina la condición de los/as pacientes, sino que está mediada, además, por diversos condicionantes a tener en cuenta. La posibilidad de identificar elementos relacionados con la inserción social y laboral en el proceso de externación involucra optar por una

mirada desde las ciencias sociales. Desde este lugar, la problemática es susceptible a ser abordada desde la concepción materialista de la historia, donde la categoría de “trabajo” ocupa un rol central para entender la “naturaleza humana” como una construcción eminentemente social.

Es a mediados de los años 70’ que, frente a la necesidad de encontrar una respuesta al alarmante escenario que presentaban los manicomios, impulsados a su vez por los avances de la salud comunitaria y el paradigma de la “desmanicomialización”, surgen en distintos países, organizaciones y movimientos sociales que trabajaban desde el interior de las instituciones psiquiátricas con un nuevo abordaje que se pretende alternativo frente a las lógicas manicomiales tradicionales. Desde sus inicios dichas propuestas funcionaron presentando conflictos y tensiones al interior de una estructura manicomial que rechazaba el cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental. Sin embargo estas experiencias persistieron en el tiempo y los talleres siguieron siendo parte de las propuestas pretendidamente alternativas al modelo manicomial clásico (Odorizzi: 2004).

En nuestro país, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), impactó fuertemente contra las tendencias más tradicionales, y dio marco legal a nuevas modalidades de atención para abordaje de la salud mental y las adicciones. Desde esta perspectiva la salud mental es entendida como un proceso “*determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social...*” (Ley N° 26.657/10, art. 3). En esta línea, este nuevo paradigma de atención entiende al “usuario” desde una perspectiva integral, priorizando la autonomía, la subjetividad y libertad de los/as mismos/as. Acorde a ello, se establecen abordajes interdisciplinarios y comunitarios que propicien la participación social, cultural y económica de las personas con padecimiento mental, entre los que se inscriben los “emprendimientos productivos en salud mental”.

La nueva legislación, otorga un rol protagónico la construcción de un serie de dispositivos ambulatorios por sobre los tradicionales modelos de internación. Esta propuesta marca un quiebre con las “lógicas de encierro” y tienen la intención de reemplazar al hospital monovalente por una red comunitaria con internaciones cortas y

diversos dispositivos de integración comunitaria que den contención y herramientas a los/as pacientes a la hora de transitar su externación.

Entre otras cosas, los centros de día propusieron organizar diferentes espacios y actividades conocidos como “talleres” que pretendidamente tienen el objetivo de despertar las subjetividades arrasadas de los/as pacientes crónificados/as en el hospital psiquiátrico e incursionar en diferentes estrategias que tienen como fin último regenerar vínculos sociales perdidos por la sobre-institucionalización. Estas estrategias buscan trabajar en distintos planos de la vida de un/a usuario/a y acompañar su externación, atendiendo a diferentes demandas o necesidades de los/as mismos/as en cada caso.

Atentos a las necesidades de los usuarios, algunos espacios han apostado a la construcción de propuestas o dispositivos que se centren en la dimensión del “trabajo” entendido como un derecho, así como la oportunidad reconstruir vínculos sociales y la posibilidad del ejercicio de ciudadanía (Yujnovsky, 2016; Spampinato y Testa;2016). En dicho abordaje se trabaja en la adquisición de ciertos saberes específicos, contemplando el tratamiento particular de cada paciente, estimulando su reinserción social, regenerando vínculos comunitarios y buscando contrarrestar las dificultades que suelen sufrir los pacientes psiquiátricos al momento de intentar re-incorporarse al mercado de trabajo, aspirando a alcanzar el mayor grado de autonomía posible en cada caso, mediante la posibilidad de poder generar un ingreso económico a través del producto de su trabajo.

TALLER TEXTIL: “A TODO TRAPO”

El taller textil “A todo trapo” surge en septiembre de 2015 y funciona con regularidad hasta la actualidad dentro del “Centro Basaglia”. Las entrevistas y OP se realizaron en los horarios regulares de taller. El mismo se desarrolla dos días a la semana en distintos turnos, uno en la mañana y otro en el horario de la tarde, ambos en el mismo centro, y asisten entre 5 y 8 usuarios que se acercaron al espacio voluntariamente. Por el momento, se trabaja en la confección de un conjunto de productos tales como repasadores, manteles, individuales, delantales, etc.

Si bien el espacio tiene varios años de funcionamiento, recién a principios de su tercer año se encuentra transitando el proceso de “evolucionar”, dar el salto de “taller” a

“emprendimiento productivo”. Esta diferenciación suele referir a diferentes construcciones. Por lo general, cuando se habla de un “taller” refiere a un espacio terapéutico mucho más “distendido”, donde los participantes asisten por cuestiones de capacitación, ocio o intercambio social. En cambio, un “emprendimiento productivo” hace referencia a una formación mucho más consolidada donde los participantes se comprometen a cumplir, dentro del marco de un contrato, un conjunto de horarios y responsabilidades. El “emprendimiento”, entre otras cosas, tiene como fin la producción de un bien o servicio que luego pueda ser comercializado. El “taller textil” se encuentra transitando este proceso, y aunque ya resulta oficialmente dentro de la “Asociación de emprendimientos productivos en salud mental” (EmpreSaM), por costumbre se sigue refiriendo a él como “taller” en lugar de “emprendimiento”.

Particularmente, al emprendimiento textil, se puede incorporar cualquier *usuario/a* que sienta interés de participar y se le asignará una actividad teniendo en cuenta capacidades e inquietudes, entendiendo que no todos/as tienen las mismas habilidades y disposiciones al momento de llevar adelante la tarea. Luego de un periodo de prueba el mismo puede decidir si quiere continuar en el espacio o dejarlo; en el caso de que desee comprometerse con el mismo, se le solicita la firma de un “contrato”, el mismo, explícita en dos concisas carillas los derechos y las obligaciones de emprendedores/as que participen de manera transitoria o permanente en cualquiera de los emprendimientos que se encuentran nucleados en EmpreSaM. A su vez, el contrato especifica el modo de funcionamiento general de los emprendimientos, las obligaciones de cada emprendedor/a, los horarios de trabajo y las formas de pago. La recaudación de las ventas será dividida en partes iguales entre todos los/as emprendedores/as o, caso contrario, se cobrará según el cálculo de horas trabajadas, según lo decida previamente el “equipo emprendedor”.

Particularmente, al iniciar la actividad en el “taller textil”, se pasa lista de los presentes del día y si bien la asistencia no es obligatoria, los/as emprendedores/as cobrarán una porción de las ventas en relación a las horas de trabajo realizado. Las horas de trabajo son contabilizadas por los “emprendedores/as acompañantes”⁴ y el dinero de las ventas distribuido en relación al tiempo dedicado a la actividad.

4 Según el contrato firmado por los participantes del espacio, un “emprendedor acompañante” referiría a aquella persona que “(...) se encargue de planificar, organizar y velar por los intereses vinculados, económicos y materiales del emprendimiento, como así también por la realización de toda actividad de mantenimiento, fortalecimiento y crecimiento del mismo, con el acuerdo y aceptación del equipo emprendedor.”

Por otro lado, el cobro será directamente proporcional a las ventas y se hará efectivo en tanto la recaudación lo permita. Por ello, además de la producción, las ventas se vuelven un punto fundamental en la estructura del emprendimiento.

“Teniendo en cuenta que uno de los mayores obstáculos en el proceso de externalización es la dificultad para la inclusión laboral pensamos que el taller textil tiene como objetivo principal tanto la capacitación de un nuevo saber así como la producción de objetos posibles de comercializar y generar recursos económicos para los participantes”. (Entrevista a coordinadora del taller textil)

En este marco, las ferias se vuelven parte de la actividad y una de las patas del proyecto implica ir a vender los productos a distintos espacios de la ciudad. Plazas, centros culturales o festivales suelen ser algunos de los lugares donde ir a vender los productos de “A todo trapo”.

Como punto de venta asentado, EmpreSaM cuenta con un espacio de “feria” que funciona de lunes a sábados dentro de la asociación “Una movida de locos”, pero además se busca reforzar la venta de productos por fuera de la asociación, vendiendo a concesión en distintos locales o por las redes sociales. Una de las coordinadoras del taller textil comenta:

“(…) las ferias son una buena oportunidad para salir un poco del Centro y hacer cosas nuevas, tener actividades los fines de semana, relacionarse con otras personas...” (Entrevista a coordinadora del taller textil).

Alicia, usuaria y participante del emprendimiento textil, parece tener afinidad con el comercio, y sus ventas la llevaron a ser la principal encargada del puesto de feria. Se desenvuelve cómodamente en el rol de vendedora y manifiesta que, si bien le gusta la etapa de producción, disfruta mucho más de asistir a las ferias y vender. Se puede ver que el dispositivo en cuestión parte de poner en valor los intereses, las experiencias y los saberes previos de los/as usuarios/as para vincularlos con nuevas experiencias de trabajo y/o capacitar en nuevas habilidades.

Desde las entrevistas surgió que, en este momento, una de las principales dificultades con las que se encuentra el espacio es “la inserción de los productos” en el mercado. Teniendo en cuenta que la estructura del emprendimiento no permite pagar salarios fijos, y el pago correspondiente será linealmente proporcional a la cantidad de ventas que se efectúen, las mismas se vuelven un eslabón fundamental para el sostenimiento del espacio.

Una de las coordinadoras nos cuenta:

“(..) las ventas suelen ser fluctuantes, y algunos meses funcionan más que otros, depende de cuánto nos movamos. Las chicas (haciendo referencia a las emprendedoras) venden mucho de boca en boca, lo ofrecen a amigos, conocidos, familiares y en las ferias. Además tenemos un par de lugares fijos donde vendemos a concesión, y hace poco hicimos una página de Facebook para intentar vender por internet...” (Entrevista a coordinadora del taller)

Alicia, emprendedora del taller comenta:

“(..) todas sabemos que se cobra en relación a las ventas, asique intentamos vender entre todos (...) para nosotros es un ingreso y no queremos colgar” (entrevista a emprendedora)

Si bien la gran parte de los usuarios/as reciben pensiones no contributivas, tal vez ese sea su único ingreso, y en muchos casos las pensiones que pueden llegar a percibir no alcanzan a cubrir sus necesidades básicas. En este contexto, el trabajo se vuelve un punto de inflexión al momento de pensar una verdadera autonomía y alcanzar una externación “real”.

Por el momento, es difícil afirmar que los ingresos generados por un pequeño emprendimiento textil sean la diferencia entre “estar afuera o adentro” pero, en función a su escala y el camino recorrido, han logrado sortear los primeros obstáculos y fortalecerse incrementando la producción y las ventas.

En esta instancia, se suele importante destacar que todos los productos generados por el emprendimiento cuentan con una pequeña tarjeta que describe las particularidades en las cuales se confeccionó el mismo, destacando su característica como “dispositivo de salud”, su capacidad de autogestión y la producción artesanal. El emprendimiento textil produce bienes que son valorados por su calidad, su estética y su funcionalidad pero también son valorados por ser parte de un dispositivo de salud. Los productos comercializados se vuelven la representación material de una identidad social construida en relación a la re-identificación de los/as “usuarios/as” del sistema de salud mental, ahora, redefinidos como “emprendedores/as”.

Una de las coordinadoras del emprendimiento textil remarca que:

“(…) desde el espacio se busca revalorizar las subjetividades personales y son varios los participantes que se definen como “emprendedores” antes que como “usuarios”…” (Entrevista a coordinadora del taller textil)

Una mirada muy similar comparte uno de los emprendedores acompañantes de EmpreSaM cuando comenta:

“hay que ver como se pondera alguien que recién llega y empieza a transitar estos espacios (...) uno del manicomio viene arrasado y totalmente desmotivado (...) es importante construir otra identidad” (Entrevista a coordinador de EmpreSaM)

Como señalamos anteriormente, ser *etiquetado* como “loco/a” y pasar a formar parte de un grupo socialmente desvalorizado puede tener graves repercusiones en las percepciones que se construyen sobre uno mismo (Becker; 2012). La mirada descalificativa y estigmatizaste de un “otro” socialmente dominante genera representaciones y construcciones negativas de uno mismo, las cuales se terminan internalizando y generando una identidad degradada del mismo sujeto (Fraser; 2000).

En este sentido, Spampinato y Testa sostienen que *“(…) al cuestionar el prejuicio y el sentido común que vincula la enfermedad mental con la*

improductividad, la incapacidad y la peligrosidad, el intercambio queda en parte relacionado con el mérito situado en el marco de la superación, la recuperación y el esfuerzo.” (2016:23)

Sus identidades reducidas a “locos/as”, “enfermos/as”, “pacientes”, se vuelven *etiquetas* que invisibilizan sus propias identidades y los/as coloca en una escala de subordinación social. Las mismas autoras sostienen que este tipo de dispositivos o propuestas buscan acompañar la construcción de valoraciones positivas producidas por ellos/as mismos/as al verse reflejados en el producto de su trabajo, librándose así de identidades socialmente impuestas y construyendo nuevas auto-percepciones.

Juana, nueva emprendedora del “taller textil”, cuenta que en el taller aprendió a coser y desde entonces se anima a hacer pequeñas producciones que le encargan sus familiares. Ella misma cuenta:

“(..) me gusta mucho el taller, me gusta aprender, está bueno saber hacer cosas por mí misma. Puedo ayudar en casa, y también se puede convertir en una salida laboral...” (Entrevista a emprendedora del taller textil)

Juana, muestra mucho interés en aprender a moldear para confeccionar distintas prendas o remendar ropa, y destaca sus ganas de participar del espacio para aprender el oficio y poder convertirlo en una salida laboral.

El desplazamiento de la figura de “paciente” a “emprendedor/a” aleja al sujeto de una actitud contemplativa frente su propia vida. No se trata sólo de desactivar lógicas asistencialistas de atención pasiva, sino que habla de generar autonomía y revalorizar subjetividades personales.

Durante las observaciones se pudo observar que el taller textil asume una forma de organización inspirada en el “cooperativismo”, ya que propone una estructura horizontal y apunta a una participación activa de todos/as sus participantes dentro de la dinámica de trabajo y la toma de decisiones. Un emprendedor acompañante de EmpreSaM comenta al respecto:

“En las reuniones queremos escuchar la opinión de todos. Los alentamos a participar. Queremos escucharlos y que se apoderen del espacio (...) Queremos escuchar sus voces” (Entrevista a coordinador de EmpreSaM)

A su vez, se intenta que el foco de la actividad laboral se pueda desarrollar por fuera del ámbito del manicomio. El desafío que se presenta es articular nuevos espacios alejados de la estructura hospitalaria que habiliten nuevos vínculos sociales. Las coordinadoras del taller textil comentan:

“el para qué de los talleres, en general, tiene que ver con restablecer lazos sociales. La pertenencia a un grupo que se convoca por un interés en común o una actividad particular, (...) empieza a generar y habilitar posibles lazos con otros (...) después cada taller en sí mismo va a brindar su especificidad.” (Entrevista a coordinador del taller textil)

“(...) intentamos que se vuelva costumbre habitar nuevos espacios, diferentes, tener nuevas referencias. (...) en principio el lazo es entre ellos, lazos entre otros, que si bien pueden nacer acá en el taller, ese es el primer paso para que después eso lo transfieran afuera. Digo, es importante que los talleres abran espacios que vayan más allá del Basaglia.” (Entrevista a coordinadora del taller textil)

Se puede ver que la inserción a través del trabajo intenta alcanzar la construcción de una red de vínculos sociales, en donde un conjunto de recursos, sujetos, espacios, etc. se ponen en juego para poder llevar un proyecto adelante. Nos referimos a diferentes actividades como la compra de insumos y/o materia prima, así como también a la venta de productos en diferentes espacios de la ciudad, que pueden funcionar como nuevos articuladores sociales. Tanto la gestión de recursos como el proceso de producción y venta son integradas como oportunidades para la construcción de nuevos lazos por fuera de la institución manicomial. En este escenario, se puede dar cuenta de diferentes redes que nacen de contactos personales y otras que se promueven por vínculos de tipo institucional, con otros emprendimientos o distintas organizaciones. En ambos casos se observan

trabajo intersectorial y multisectorial, y la participación desde espacios colectivos e individuales.

REFLEXIONES FINALES

La “desmanicomialización” es un proceso complejo que necesita, para consolidarse como modelo de atención hegemónico, producir cambios sustanciales en las construcciones sociales que existen acerca de “el/la loco/a”. Para ello, se vuelve imprescindible generar cierto cambio cultural acerca del tratamiento comunitario de los/as pacientes psiquiátricos/as, desechando los prejuicios, el descrédito y la exclusión, construyendo una nueva mirada hacia “lo diferente”.

Mientras no exista un cambio cultural, el manicomio, como institución, como dispositivo y modelo de atención, nunca perderá vigencia y el asilamiento seguirá presentándose como una opción frente a un padecimiento mental.

La progresiva re-inclusión de pacientes psiquiátricos/as en “la comunidad” a través de diferentes dispositivos, redes vinculares y sociales que posibiliten el tratamiento ambulatorio y la contención extramuros, se vuelve una condición necesaria para el cierre definitivo de los manicomios. Este proceso, requerirá de un profundo trabajo de deconstrucción, pues en el prejuicio y el rechazo intervienen en diferentes entidades como podrían ser el Estado, la familia y la sociedad en general, y se manifiestan en forma de miedo, indiferencia y exclusión social. La *etiqueta* con la que cargan aquellas personas que son identificadas como poseedoras de una “enfermedad mental” es la razón por la que rápidamente son apartados de sus actividades más convencionales y excluidos/as de sus círculos sociales. El prejuicio no sólo se aferra en los diagnósticos médicos, sino que se constituye socialmente como una verdad indiscutible que sentencia “los/as locos/as” a ser excluidos por el sistema productivo y reclusos en instituciones totales.

Ahora bien, teóricos como Goffman (1992) y Basaglia (2009) sostienen que el tiempo de internación de una persona dependerá de los recursos sociales y económicos que disponga el paciente más que del tratamiento de su propio padecimiento. Al

ingresar a una institución manicomial, el sujeto se ve apartado del sistema productivo, gradualmente empobrecido, sin trabajo ni recursos, los pacientes se ven “institucionalizados”, por problemas sociales, antes que por criterios médicos. Entendiendo que el problema es de índole social, la respuesta, entonces, deberá ser eminentemente social. Aquí, se vuelve central poder analizar en términos socio-históricos la relación entre las estructuras de desigualdad social y los procesos de salud/enfermedad/atención.

En este trabajo en particular, se intentó problematizar la forma en que se construyen ciertas correspondencias entre las estructuras sociales y diferentes problemáticas que se relacionan con el proceso de salud-enfermedad-atención. Como dijimos anteriormente, en muchos casos las personas llegan al hospital monovalente en un estado de “crisis” o “brote psicótico”, pero permanecen internados/as por tiempo indeterminado por situaciones de pobreza y abandono socio-familiar. Condiciones que terminan agravando su cuadro inicial. Es posible, entonces, señalar que los factores socioeconómicos también intervienen en la producción y recrudecimiento del padecimiento mental.

En los últimos años, han crecido a nivel local distintos emprendimientos sociales con perspectiva de derechos humanos, destinados a personas con padecimientos mentales que se encuentren transitando un proceso de externación y deseen encontrar una salida laboral. La inclusión social a través inserción laboral apuesta a la construcción de propuestas o dispositivos que den respuesta a la dimensión del trabajo como derecho, como articulador social y generador de recursos económicos⁵. Consideramos, entonces, que hacer lugar a la dimensión de “trabajo” dentro de las prácticas comunitarias en salud mental se vuelve un punto de inflexión, ya que responde a una demanda generada por los/as usuarios/as que se ven continuamente rechazados/as por el sistema productivo.

5 Para poder comprender y apreciar a los “emprendimientos sociales” como parte de un “dispositivo de salud” es necesario adherir a un paradigma que concibe a la “salud” como una conjunción de componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuyo bienestar y preservación implica optar por un análisis que pueda contemplar un enfoque integral de la salud. En contraposición, se podría afirmar que este tipo construcciones no tendrían razón de ser dentro de lo que identificamos como MMH. La diversidad de acciones descritas en estos dispositivos de salud contrasta visiblemente con aquellas circunscriptas al modelo medico tradicional, practicas a las cuales trascienden aunque no logran suprimir.

Particularmente, el dispositivo tiene el objetivo de establecer vínculos y/o relaciones sociales perdidas después años de aislamiento, así como capacitar en un oficio que pueda generar algún rédito económico a través de la venta de un bien o un servicio. Durante más de un año de trabajo de campo, surgieron diferentes aspectos que nos llevaron a replantear nuevos escenarios a tener en cuenta en el desarrollo de esta tesina. El “taller textil”, se encuentra transitando un proceso de transformación en vistas de consolidarse como un “emprendimiento productivo”. El trabajo de campo permitió observar esta transición que continua con un horizonte definido.

Esta experiencia en particular, ha demostrado tener la capacidad de producir una construcción identitaria, conjugada a partir de los sentidos sociales que los/as “emprendedores/as” le imprimen a su propia actividad y al proceso de producción en general, a los lazos que fomentan y a los vínculos que se construyen. A su vez, la inclusión de este tipo de actividades ha tenido un efecto positivo en la subjetivización del usuario/a, ya que les permite salir del lugar de “paciente” y tomar un rol más activo en su recuperación.

En cualquier caso, aunque se destaca lo positivo de este tipo de propuestas donde se busca establecer vínculos sociales y re-habitar espacios comunitarios, aun no es posible concluir que el emprendimiento textil tenga la capacidad de generar independencia en términos económicos, pero sostenemos que su continuación y extensión puede aportar al empoderamiento, al otorgarle cierto grado de autonomía a los sujetos involucrados, transformándose en un potencial dispositivo de emancipación. Junto al análisis de las prácticas y los procesos producción, la importancia de conocer los discursos y los sentidos asociados a la participación dentro del emprendimiento textil fue considerada primordial a la hora de llevar adelante este trabajo.

Es importante destacar que las experiencias y acciones analizadas, en un principio, no han sido resultado de programas estatales en materia de salud mental. Hablamos de acciones propulsadas y sostenidas por y desde las bases; que si bien han tenido un impulso particular desde sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (2010), con el acompañamiento de un marco más generoso de políticas públicas inclusivas, fueron creadas y sostenidas por usuarios/as y operadores/as del equipo de salud. El desafío que se presenta ahora es fortalecer estas experiencias en función de potenciar su sustentabilidad, seguir apostando a la visibilización y a la proliferación de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- Basaglia F. (2009) “*La Condena de ser Loco y Pobre*”. Ed Topia
 - Becker, H. (2012) “*Outsiders: hacia una sociología de la desviación*”. Siglo Veintiuno Editores. BSAS.
 - CELS (2006) “*Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*”. Informe de Salud Mental y DDHH en Argentina.
 - Cohen, H. y Natella, G. (1995). “*Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*”. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.
 - Fraser, N. (2000). “*Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento*” . En New left review, (3), 55-68.
 - Galende, E. (1990). “*Psicoanálisis y Salud Mental*”. Editorial Paidós, Buenos Aires.
 - Goffman, E. (1992) “*Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*”. Edit. Amorroutu. BSAS.
 - Laurell, A. C. (1987). “*Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción*”, Taller Latinoamericano de medicina social, 27-31 de julio, Medellín, Colombia.
 - Maiello, M. (2001) “*La cooperación social en Italia en el movimiento cooperativo y en el sector no lucrativo*”. CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, (37) 177-202. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1740370810636>.
 - Menéndez, E. (1992) “*Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica.*” Edit. Alianza, México.
 - Odorozzi, E (2004) “*Criterios de salud mental en un hospital de día: Una historia de vida institucional del hospital de día, del hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos, Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero*”. Tesis de grado para Licenciatura en Sociología.
- UNLP

- Pasquale, Evaristo (2005) *“Psiquiatría y Salud Mental”*. Ed. Asterio. ScienzaNuova.
- Testa, D. (2010). *“Reflexiones sobre nuestras prácticas. Un acercamiento a la modalidad de intervención en dispositivos laborales en el sector público de salud de la Ciudad de Buenos Aires.”* En Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 10 (1), 35-44. Recuperado de: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/10558/>
- Yujnovsky, N. (2016). *“Emprendimientos productivos en Salud Mental. Del hospital monovalente a la comunidad”*. Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 2 (2), 28-35.