

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Licenciatura en Trabajo Social

**Los problemas de pertenencia a la
normalidad funcional**
(Una mirada a los procesos de inserción social a
través del Empleo en el campo de la Salud Mental)

Melina Santini Darino
Tutora: Celmira Bentura

2016

«Hubo muchos momentos en mi vida
que deberían haberme vuelto loco.

Me refiero a momentos verdaderamente terribles que
deberían haber contribuido a la locura.

Momentos de crecimiento.

Momentos de guerra.

Momentos de muerte

Momentos de rabia.

Y, aun así, el que pareció tener más sentido,
el que resultó más claro,
fue el que me llevó al hospital».

John KATZENBACH

La historia del loco

Índice

Introducción.....	4
Procesos históricos, normalización y empleo en el campo de lo mental.....	11
I. Procesos históricos en la determinación del campo de la salud mental.....	11
II. La normalidad medicalizada como técnica de regulación y control.....	19
III. Enfermedad mental, empleo/trabajo y rehabilitación psicosocial en el Uruguay.....	24
IV. Relato de una experiencia concreta: miradas y aprendizajes desde el trabajo Social.....	32
Conclusiones.....	41
Referencias Bibliográficas.....	47

Introducción

La palabra «enfermedad» viene del latín *in-firmitas*, que significa carencia de firmeza, debilidad, inconstancia...el sentido original latino no era primordialmente enfermedad, sino esta falta de solidez o de carencia de estabilidad. «Enfermo» y «enfermedad», etimológicamente, entonces, no dicen solo sensación de debilidad, sino falta objetiva de fuerza moral, de equilibrio, «desde el inicio la noción de enfermedad tiene contacto con términos que implican cierta descalificación, no solo física, sino moral» (I. Bordelois, 2009: 90).

El presente trabajo elaborado para la presentación de la tesis final de grado de la Licenciatura de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar, pretende ser un aporte a nuestro campo profesional, en particular, y al campo de la salud mental y empleo en general; desde el abordaje de una de las dimensiones donde es posible afrontar los problemas de: inclusión, inserción e integración social de las personas con sufrimiento psíquico en el Uruguay actual. Para esto, me propongo establecer como categoría analítica y como fenómeno de lo real, el trabajo/el empleo como espacio de legitimación social de la actividad humana objetivada. «El trabajo...actividad humana objetiva en que se funda el tiempo mismo como dimensión de su ser. En cuanto que, en esa actividad objetiva, el hombre crea su realidad, el trabajo tiene un sentido ontológico o filosófico. Pero ese trabajo es una forma de praxis, y la praxis es propiamente la esfera del ser humano. Sin praxis no hay realidad humana y sin ella no hay tampoco conocimiento del mundo» (K. Kosik, 1967: 6)

El tema elegido viene dado por la necesidad de aportar a la temática de la salud mental una mirada desde el del trabajo social como profesión, como práctica socialmente legitimada y como espacio de producción social de la realidad histórica.

Acotando el análisis a la problemática de la inserción laboral para personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP), se pretende presentar aquí una mirada histórico-social de la construcción de estas identidades en la sociedad capitalista contemporánea. Entendiendo que la doble condición de «enfermo y desocupado/ inempleable/ supernumerario/ desafiliado» admiten una reflexión particular y necesaria para la comprensión de la dimensión de esta realidad concreta.

Se integra a este análisis de las categorías, el relato de una experiencia concreta con el fin de que aporte a la interconexión analítica, desde la práctica profesional, a la comprensión y resignificación de lo que es posible ser abordado, trabajado, construido

desde la especificidad del trabajo social como profesión actuante en el campo de lo mental.

La categoría TMSP, será utilizada aquí como una manera de nombrar cierto grupo, con ciertas características, que dada la categoría de “riesgo” que ocupan en la construcción social que el modelo médico hegemónico a considerado, pertenecen y transitan aquellos espacios donde será posible gestionar sus riesgos. «Este tipo de clasificación descriptiva (basado en sistemas utilizados habitualmente como el DSM o CIE en sus distintas versiones), si bien tiene la ventaja de permitir cuantificar el alcance de un problema, al estar sostenida en criterios excluyentes de salud y enfermedad como situaciones absolutas y universales (independientemente de las personas, su historia y su contexto) dejan poco espacio real y simbólico para incluir otras dimensiones que hacen al sufrimiento humano, como el caso del sufrimiento psíquico» (Pérez, 2013:153). Para hacer referencia a las personas que sufren de estos “trastornos mentales severos y persistentes” se usará el término sufrimiento psíquico, en el entendido de que es más amplio, menos categorizante y más integrador de lo humano.

Los modelos de atención a la salud mental, con sus nuevos dispositivos representativos del cambio de paradigma en las ideas subyacentes al fenómeno, me convocan a preguntarme desde el lugar donde escribo y para qué escribo este trabajo. Plantearme interrogantes tiene como objetivo el que puedan ser guías para la reflexión y el análisis del tema elegido.

Para realizar esta aproximación, en virtud de la multiplicidad de enfoques, aportes, miradas, concepciones, de las múltiples formas de entenderlo, analizarlo y gestionarlo, partiendo de la coyuntura actual donde, entre otras cosas, se debate el nuevo proyecto de Ley de Salud Mental en el Uruguay¹, me propongo, me surgen, me interpelan ciertas preguntas que invitan a la deconstrucción y recomposición analítica de este fragmento acotado de ese todo más amplio, complejo e inabarcable. Entendiendo que, desde estos cuestionamientos se podrá arribar con mayores certezas al conocimiento, «a la comprensión, que es el concepto mismo de la cosa, comprender lo que la cosa es significa conocer su estructura» (K. Kosik, 1967: 12)

¿A qué me refiero, entonces, con el término normalidad funcional?

¿Cuál es esa normalidad a la que se debe acceder para ser un individuo integrado?

¹ Asamblea instituyente por la salud mental, desmanicomilalización y vida digna. (2015). *Anteproyecto de ley de salud mental y derechos humanos de la ROU*. Recuperado de http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/p/blog-page_25.html

¿Qué concepciones de salud mental y qué dispositivos son los que habilitan una mayor integración social en el marco de la inserción laboral para personas con sufrimiento psíquico?

¿Cuáles son los procesos históricos que han permitido el devenir de los nuevos paradigmas con sus respectivos modelos de atención?

¿Cuáles son los cambios en el mundo del trabajo que constituyen las nuevas identidades de trabajadores sin trabajo?

¿Son los “enfermos mentales” que se encuentran desocupados, trabajadores sin trabajo?

¿Son desafiliados por su forma de inscripción en el orden social o por su patología?

¿Qué lugar ocupa el trabajo social profesional en la organización de los nuevos modelos de atención y en su implementación a través del encuentro técnico y cotidiano con el otro?

¿Qué rol juegan y asumen las personas colocadas en el lugar de usuarios-pacientes/pacientes-usuarios en estas transformaciones?

¿Los dispositivos de inclusión a través del empleo, deben ser implementados desde las direcciones nacionales de programas para personas con discapacidad, sin especificidad en lo que refiere a las particularidades de la enfermedad mental?

¿Es posible pensar en dispositivos de inserción laboral específicos del área de salud mental sin intensificar la medicalización de otros espacios sociales?

A partir de las preguntas planteadas me propongo el acercamiento desde ciertos enfoques teóricos, metodológicos y operativos a un dispositivo concreto: la inserción laboral de personas con TMSP desde el marco de la rehabilitación psicosocial para la inclusión social a través del empleo. Intentando identificar y definir los problemas de pertenencia a la normalidad funcional en el Uruguay contemporáneo. Integrando las reformas en curso y los marcos jurídicos habilitantes de las transformaciones necesarias en este campo, se entiende la construcción del objeto de estudio desde estas categorías; ya que involucran el proceso histórico desde donde deviene la salud como institución, como componente de una cultura, como modelos sociales dominantes en cada momento histórico determinado, como mecanismo de regulación y control de aspectos de la vida social.

Se entiende que las trayectorias individuales que realizan los individuos a través de los múltiples dispositivos y servicios, lleva implícito una necesidad de transformación de las subjetividades. La trayectoria que va desde el ser/estar enfermo, luego ser

paciente, luego usuario del servicio de salud, para llegar a ser pasante de algún proyecto de inserción laboral de carácter protegido, no necesariamente redundante en mayores niveles de integración social.

Los procesos de integración social implican, además, cambios en los modelos de atención y en las concepciones éticas y teóricas que los sustentan. Implican a su vez, colaborar con la transformación del imaginario social que considera al «enfermo mental» una amenaza, un peligro, un espejo de lo que no se quiere ser, eso que se desea esté muy lejos. Si desde los dispositivos no se actúa para instituir otro imaginario acerca de la enfermedad mental, los esfuerzos para la integración social serán obstaculizados por las ideas dominantes que perpetúan la discriminación negativa y la estigmatización.

«La referencia al saber tiene una función legitimadora indispensable en tanto que confiere garantía científica a un juicio normativo...La intensificación de la competitividad económica, por ejemplo, conllevará una redefinición de los criterios de productividad normal, multiplicando el número de adultos que tendrían que trabajar en un medio laboral protegido» (R. Castel, 1999: 131).

Las posibilidades de inserción laboral, se trata de una de las esferas más complejas en la vida cotidiana de las personas con sufrimiento psíquico. Para esto, es necesario comprender el devenir histórico de los procesos que hoy día nos permiten considerar la importancia y relevancia que el trabajo tiene como categoría social, como organizador de la vida de las personas en nuestra sociedad contemporánea y como actividad objetiva del hombre que crea su realidad.

Me propongo articular los escritos de R. Castel, tanto desde los aportes al análisis del modelo psiquiátrico (*El orden psiquiátrico* y *La gestión de los Riesgos Sociales*) como en su mirada a la historia del salariado, los problemas de excusión/desafiliación e integración en *La metamorfosis de la Cuestión Social* y *El ascenso de Las Incertidumbres*.

Establecer esta interconexión facilitará la comprensión de las sincronicidades históricas y socioculturales de la emergencia del Modelo Médico Hegemónico y las transformaciones de la sociedad salarial. Integrando como línea de análisis a su vez, los aportes de M. Foucault al campo de la salud mental en particular y a la comprensión de la organización disciplinar de las tecnologías del poder, entrelazando la idea de dispositivo.

Desde el punto de vista filosófico, se asume la necesidad de resignificar el pensamiento crítico, es decir dialéctico, considerando que es parte fundante de los

procesos de reconceptualización de la profesión, pero además porque es el ejercicio del pensamiento que permite arribar a «la “cosa misma” y se pregunta sistemáticamente cómo es posible llegar a la comprensión de la realidad» como plantea K. Kosik en su trabajo *Dialéctica de lo concreto* (1967).

Se analizan a su vez, algunas nociones específicas de las dinámicas de los modelos de atención a la salud mental proponiendo como hipótesis de base que la inserción laboral para personas con sufrimiento psíquico necesita ser abordada en lo específico y particular de este campo y no dentro de la categoría general de la discapacidad, ya que esto indiferencia el problema y no permite dar las respuestas necesarias.

Estos nuevos criterios de abordaje, diferenciados de los dispositivos que atienden los problemas de la discapacidad, posibilitarán una mayor comprensión e intervención para la resolución de los aspectos vinculados al mundo del trabajo y la enfermedad mental. Asumiendo el alcance de este tipo de dispositivo, como una interfase necesaria para la consecuente y paulatina integración de la persona usuaria del servicio a otros espacios laborales más formales. Sin intentar caer en una nueva medicalización del empleo para las personas con mayores dificultades de acceso, sino todo lo contrario, se considera aquí que desde el campo de la salud es posible y necesario el acompañamiento a los procesos de autonomía con un anclaje en la comunidad que enriquezca y nutra al sujeto con el conocimiento de las redes vinculares y sociales con las que se puede contar en un abordaje de corte comunitario sin centrar la intervención exclusivamente en la figura del médico psiquiatra, sino desde equipos interdisciplinarios con capacidad de generar una mirada integral e integradora del otro con el que se trabaja para la transformación de su situación presente.

Sin pretender totalizar la vida cotidiana, incluir la dimensión del empleo en el ámbito de los servicios de salud mental se considera un elemento que puede llegar a fortalecer al individuo y su grupo de pertenencia/referencia sea la familia u otro tipo de arreglo social de convivencia.

«Respecto a las poblaciones afectadas, la representación del usuario indiferenciado es también un mito. Incluso más allá de la diferencia entre los ciudadanos sanos y enfermos, existen unos objetivos específicos a los que se dirige perfectamente el trabajo psiquiátrico y que no se alejan demasiado de los del trabajo social» (R. Castel, 1967: 54).

Estos componentes del análisis se desarrollan en los sucesivos capítulos planteados para lograr trazar, a modo de propuesta, algunos elementos o estrategias posibles de ser

implementadas con la estructura de políticas sociales y sanitarias con las que se cuenta en el Uruguay de hoy.

«Se estaría proponiendo una mirada que se distancia de aquella en la que estas personas no tienen ninguna posibilidad de recuperación e inclusión en el mundo de los “normales”...se plantea un proceso de transformación de la atención de la salud mental, tendiente a garantizar una asistencia integral, centrada en la comunidad, fortaleciendo los espacios de rehabilitación psicosocial que permita la permanencia integrada de las personas con TMSP en sus comunidades...supone ir modificando los dispositivos asilares e ir integrando la atención de la salud mental a los servicios de salud generales, mediante la creación de un sistema asistencial alternativo que incorpore la rehabilitación. El proceso implica, también, resolver la situación de las personas que se encuentran asiladas, lo que supone contar con programas o estrategias de reinserción» (Bentura, C., Mitjavila M., 2012.:5)

Desde nuestra disciplina, la justificación del tema viene dada, en primer lugar, por ser un área de intervención donde el trabajo social como profesión ha venido construyendo su rol profesional con demandas bien definidas, tanto desde las instituciones con sus dispositivos que implementan los modelos de atención, como desde los «usuarios/pacientes» y sus familias; a la vez que ocupa un lugar de investigación e intervención desde la Universidad de la República.

Se asume aquí, que el problema planteado es un problema social, que es pertinente y sobre todo posible y necesario de ser abordado, para que, paulatinamente deje de ser invisibilizado y colocado en el ámbito privado de las personas y sus familias, para que deje de tener una responsabilidad solo atribuida al sujeto que lo experimenta. Para que pase a ser parte de la agenda pública, de las decisiones técnico-políticas y académicas que habiliten y promuevan, desde las políticas sociales y sanitarias, las respuestas que los sujetos involucrados han venido construyendo como demandas sociales.

Aceptar esta realidad social como parte de la realidad humana y como consecuencia de los procesos de exclusión, segregación, «vulnerabilidad», desafiliación y de negación al reconocimiento de los derechos humanos, es en principio, empezar a darle el lugar y el significado que les pertenece, porque que de alguna manera y por alguna razón este significado permanece oculto detrás de otras formas que asumen ser la esencia del fenómeno pero que no lo son.

El segundo aspecto de relevancia para la justificación lo presenta el análisis propiamente de las categorías de: normalidad (eje central de la medicina positivista

contemporánea), medicalización y Modelo Médico Hegemónico, control social, inclusión/integración, mundo del trabajo, conceptualizaciones y modelos de atención a la salud mental.

Dichas categorías imprimen desde los saberes hegemónicos instituidos los discursos dominantes que penetran el tejido social y moldean el imaginario social e institucional de tal forma que se hace imperante su aceptación como forma hegemónica de concebir el proceso de salud-enfermedad en una sociedad determinada, es decir en el Uruguay del siglo XXI.

La salud mental medicalizada delimita los criterios de normalidad y por ende las posibilidades de inclusión social, de pertenencia a las integraciones societales más amplias a través de las múltiples esferas de la vida cotidiana.

Desde este abordaje se pone la mirada y el análisis en una de las esferas, el trabajo, como categoría teórica y como posibilidad real de pertenencia y desarrollo para una vida digna y con mayores grados de autonomía.

Arendt, H. «el ascenso súbito, espectacular, del trabajo, que pasó del último rango, de la situación más despreciada, al lugar de honor, convirtiéndose en la mejor considerada de las actividades humanas» (Castel, 1999:173).

Entonces, ¿qué es lo que permite la integración de un individuo con sufrimiento psíquico la sociedad “normalizada”?

El concepto de salud a lo largo de la historia, ha desarrollado modificaciones que integran paulatinamente la relación del individuo con el medio natural, social y cultural, y la idea de bienestar que puede alcanzar una sociedad en un momento histórico determinado.

«Si bien actualmente la comunidad científica acepta mayoritariamente que la salud responde a complejos procesos bio-psico-sociales, cada una de las posturas remite a diferentes paradigmas científicos que desarrollan distintas construcciones teórico-técnicas» (Pérez, R., 2013:153).

Desde luego, que los cambios en los discursos facilitarán ciertas modificaciones en la ideas subyacentes en el entramado social, pero son las instituciones de salud (en sus tres niveles de atención) y su relación sectorial y transversal con las instituciones de asistencia y servicios del Estado (como órgano regulador de los “riesgos sociales”) las que reproducen-intensifican la discontinuidad y la fragmentación de la identidad del enfermo/paciente/usuario, y por lo tanto de la abstracción conceptual que se desprende concretando esa síntesis en el “enfermo” en su propia percepción, y la percepción que el

otro tiene de él.

Esto se debe en gran parte a que la autoridad cultural del médico, en palabras de M. Mitjavila amplía la concepción disciplinar para entrar en el terreno de lo ideológico y moral, «emitiendo juicios de significado y de valor que prevalezcan como válidos y verdaderos» (1998).

De esta idea puede desprenderse una cuestión central a los efectos de este planteo, que sería, cómo se integra, se introyecta, se institucionaliza el modelo médico hegemónico en aquellos individuos (pacientes/usuarios) cuya condición de «portadores de patología psiquiátrica crónica/cronificada» los coloca en una situación de dependencia de las concepciones implicadas en el tratamiento de la enfermedad, en el acceso a servicios públicos, a programas de rehabilitación y por consecuencia a la integración de los espacios sociales “normalizados” para el desarrollo de una vida tendiente a mayores niveles de autonomía; o dicho de otra manera, los (im)posibilita a la integración en espacios laborales donde desarrollar la cotidianeidad y el acceso a cierto nivel de ingresos autogenerados y no solo producto de la relación de tutela que establece el Estado en el ofrecimiento de una protección social básica para aquellas personas «no aptas para el ejercicio del empleo».

Teniendo en cuenta la trayectoria del paciente/usuario a través de las instituciones de salud y de asistencia, su historia de vida, el campo de posibilidades para su proyecto personal, las formas de subjetivación de su “enfermedad” la consecuente relación con sus vínculos afectivos, comunitarios y sociales, es necesario destacar el lugar que ocupan en la división social del trabajo, siendo mayoritariamente perceptores pasivos de los beneficios de la seguridad social. Esta condición establece y perpetúa en el imaginario colectivo la idea de que «no pueden trabajar». Y esta idea se ve reforzada muchas veces por las instituciones de asistencia que no facilitan la circulación de la información ni acercan de forma efectiva a los usuarios las actualizaciones de los marcos normativos, vulnerando aún más los derechos de quienes se encuentran en esta condición. Con estos mecanismos se intensifica, a su vez, la tutelización de las personas con TMSP generando mayores niveles de dependencia.

Procesos históricos, normalización y empleo en el campo de lo mental

En virtud de lo expuesto anteriormente se presenta aquí el desarrollo de las categorías antes mencionadas, analizando desde las concepciones teóricas los elementos que, desde

esta perspectiva, hacen a la particularidad del tema elegido. El análisis se basa en la descomposición de los elementos presentes que atraviesan el objeto de estudio para recomponer analíticamente (como ejercicio del pensamiento) aquellos aspectos relevantes, que aportan luz a pensar nuevas conexiones capaces de permitirnos miradas relevantes para la comprensión y el animus, que alienten a generar nuevas intervenciones desde nuestra praxis profesional. Se incorporan al análisis diferentes esquemas explicativos, fundamentados en diversas concepciones teóricas, filosóficas y políticas que arriban al fenómeno y nutren las miradas, abriendo un abanico de abordajes posibles.

I. Procesos históricos en la determinación del campo de la salud mental

De acuerdo con lo que se viene exponiendo, se entiende aquí que la noción de campo en la salud mental es un elemento profundizador para entender el complejo entramado de significaciones por las que ha atravesado el proceso histórico de tratamiento de la enfermedad mental. Proceso que se inscribe en múltiples transformaciones con el advenimiento y progresivo asenso del trabajo como categoría central en la sociedad industrial. Este planteo posibilita entender históricamente cómo desde abajo los mecanismos de control pudieron actuar en lo que se refiere a la exclusión de la locura; cómo en el nivel efectivo de la familia, del entorno inmediato, en los niveles más bajos de la sociedad esos fenómenos de represión exclusión tuvieron sus instrumentos, su lógica y respondieron a un conjunto de necesidades; cómo esos mecanismos se hicieron rentables y políticamente útiles. La burguesía encontró en esto, no la exclusión en sí, sino la técnica y procedimiento de exclusión. Lo que Foucault (2007) llama, los mecanismos de exclusión, el aparato de vigilancia, la medicalización de la locura; es decir, la micromecánica del poder. Dada la rentabilidad económica y política que significó esta micromecánica del poder para la burguesía, fueron progresivamente sustentados y colonizados por mecanismos globales y por todo el sistema del Estado.

A su vez, que se producen estas maquinarias se realizan producciones ideológicas, o como los denomina el autor, instrumentos efectivos de formación y acumulación del saber. «La crucial importancia de la cuestión de la locura en el momento de la instauración de la sociedad burguesa se debe, en primer lugar, a que ha rellenado una laguna de orden contractual: el formalismo jurídico no puede controlarlo todo y hay al menos una categoría de individuos que debe ser neutralizada por vías diferentes a las

que dispone el aparato jurídico-policial. Pero también se debe a que, el nuevo dispositivo para suplir sus carencias va a desarrollar un nuevo modelo de manipulación de plasticidad cuasi-infinita, la mayoría de las nuevas modalidades de control, de las nuevas técnicas de sometimiento van a estar reguladas médicamente (luego médico-psicológicamente, después médico-analíticamente, etc.)» (Castel, R., 1980: 61).

Por lo tanto, si existe una particularidad, una especificidad en la construcción de este campo, será necesario identificar algunas de las líneas que lo han configurado y moldeado, para poder visualizar los espacios desde donde es posible establecer nuevas conexiones habilitantes de producción y reproducción del pensamiento de esa realidad concreta. Descomponer, develar, intentar arribar a la esencia, para nutrir desde esa mirada las prácticas de quienes realizamos y realizaremos allí nuestras intervenciones profesionales. «Al decir de G. Baremblytt (1998) desde la noción de campo, lugar de entrecruzamiento de múltiples determinaciones que configuran líneas de fuerza, materialidades diferentes y articuladas o mezcladas o completamente interrecurrentes entre sí...existe una determinación sociopolítica, económica ideológica, es decir histórica en lo que llamamos campo de lo mental» (De León, N., 2013:22).

Esas líneas de fuerza, esa determinación histórica, se puede comprender al realizar una lectura de los procesos de transformación de los modelos de atención en este campo. El lugar en que han sido colocados los «locos», «alienados», «enfermos mentales», «personas con trastornos mentales severos y persistentes», «personas con sufrimiento psíquico» (construcciones, categorías teóricas y operativas que han ido acompañando las concepciones que cada momento histórico particular) han conferido legitimidad a los paradigmas para el tratamiento sanitario y social de la enfermedad, en virtud de las instituciones que han tenido a su cargo la implementación de dichos modelos.

Desde la perspectiva aquí planteada, las instituciones son justamente aquellos engranajes de una maquinaria, cuyo acompañamiento ideológico está centrado en un modelo dominante de tratamiento y concepción de la salud-enfermedad mental, entrelazando las verdades científicas con prejuicios del pensamiento dominante.

De manera que quede expresado el mencionado proceso en una línea histórica que permita comprender los emergentes y sus transformaciones —se integran a este análisis la emergencia del orden psiquiátrico— de la medicina mental como motor de las transformaciones técnico-políticas, ya que no fue hasta mediados del siglo XIX que en Uruguay se produce la medicalización del cuidado y tratamiento de los enfermos. Con respecto a los locos «el hospital de la Caridad amparó a alguno de ellos desde un poco

antes de 1826, pero la mayoría continuó suelta por las calles de la ciudad, lo que, si a menudo los hacía objeto de burlas, en otras ocasiones pudo contribuir a preservarles cierto residuo de razón o darle razones a sus delirios...En otras ocasiones, y en las clases medias y altas, sobre todo, el loco de la familia era escondido en el rincón más apartado de las casas o privados de su libertad... Entre el 17 y el 19 de junio de 1880 se trasladó a los locos y las locas asilados en el Hospital de la Caridad, a la quinta de Miguel Antonio Vilardebó...Ese día nació nuestro primer Manicomio, otra cosa del cuidar más que del curar y en la cual el médico fue también figura secundaria...Al loco se le trataba como un ser inferior, pero no se le juzgaba desde la ciencia como se hizo en el novecientos» (Barrán, J., 1999: 55).

Siguiendo esta línea de exposición, en relación a la praxis psiquiátrica, en nuestro país se inicia con la atención de los casos médico-legales al igual que la mayor parte de los países y siguiendo la tradición de la escuela francesa (Casarotti, H., 2007:2).

En el contexto internacional y particularmente en Francia es a partir de la ley de 1838, que regula el régimen de los alienados, que comienza el proceso de medicalización de la enfermedad mental, tal como nos plantea Castel, esta regulación se institucionalizó como una nueva estructura de dominación, un aparato que ha conquistado el monopolio del tratamiento legítimo del enajenado. Por tanto «la historia a seguir es la de la constitución recíproca de una nueva medicina y de una nueva relación social de tutelarización» (1980:15). En la lógica de exposición de este autor, podemos deconstruir este fenómeno como cristalizaciones de prácticas elaboradas en un contexto histórico preciso, en relación a una problemática social concreta. Entonces, tenemos una matriz común de tratamiento que emplea el internamiento: la síntesis es la institución manicomial. Previa a estas cristalizaciones, en el siglo XVIII el loco era objeto de doble precepción contradictoria: no transgrede una ley como el criminal, sino que puede violarlas todas...es entre la benevolencia y la compasión que se despliega esta nueva forma institucional de dominación. «La compasión instaure una nueva relación que no es de reciprocidad formal sino de subordinación reglamentada: una relación de tutela... esa es la matriz de toda política de asistencia... y esta relación de tutela va a definirse y modificarse a través del establecimiento del dispositivo de la medicina mental» (Castel, R., 1980:60).

Por ejemplo, en Francia «en 1860 se inauguran las colonias agrícolas como una brecha en la supremacía absoluta del Manicomio» (Castel, R., 1980:15). En nuestro país se replica este modelo a partir de la inauguración de la Colonia de Alienados en 1912

(Barrán, J., 1993:71).

Estas transformaciones, siguiendo a Castel (1980) las podemos analizar a partir de los propios campos de objetos, es decir: los códigos, las tecnologías, los dispositivos institucionales, los operadores profesionales y políticos y los estatutos de los usuarios. Todo esto se tejerá entre las dos épocas que delimitan las transformaciones del modelo y la práctica de la medicina mental, en la cual ésta red de relaciones se inscribirá. «Hay que recordar que el hospital se convirtió en un medio prioritariamente médico tan solo en el siglo XIX... No es más que el último grado y el más discutido de un dispositivo más amplio de lucha contra los riesgos sociales que conllevan la miseria y la enfermedad» (p.71).

En nuestro país existen investigaciones que dan cuenta de la creación y constitución de este campo, fundamentalmente desde la sanitarización y la medicalización que se desarrolla desde fines del siglo XIX hasta el siglo XX. El modelo de atención a la salud mental, predominantemente manicomial durante años (sustentado jurídicamente hasta el presente por la ley n.º 9581, llamada Ley del Psicópata del año 1936 que organiza la asistencia psiquiátrica).

Siguiendo a Ángel Ginés (1998) con el correr de los años la población del hospital creció en forma exponencial, y ya para 1910 se encontraban más de 1500 personas. Como medida para combatir el hacinamiento se funda en 1912 la Colonia Etchepare. Tanto el hospital como las colonias se constituyen a partir de allí como centros de “contención” de las capas sociales más vulnerables...En la segunda mitad del siglo XX la colonia Etchepare y el hospital Vilardebó llegaron a albergar alrededor de 5 mil personas, una tasa de internados de 18 pacientes cada 10 mil habitantes, una de las tasas más altas del mundo (N. de León, 2013:18-19).

Esta práctica de sometimiento generalizada a las clases populares como lo expresa Castel, en un sistema contractual presenta una diferencia esencial entre la represión del loco, que deberá constituir un fundamento médico, y la represión del delincuente, que tiene de entrada un fundamento jurídico (1980:..51).

El hospital, como instrumento de tratamiento, como tecnología que se despliega en la práctica manicomial, se constituye durante un siglo y medio en el espacio donde se ordena a través del «encierro terapéutico» y se justifica a sí mismo.

En el proceso de transformación de los modelos de atención a la enfermedad luego de la segunda guerra mundial, con el afianzamiento del sistema capitalista y la profundización del liberalismo económico se suceden una serie de críticas al modelo

asilar que tiene su origen en Estados Unidos y Francia en la década de los 60 y 70. Este movimiento se denominó antipsiquiatría (desde los escritos de Cooper en el movimiento inglés) y tenía como cometido establecer nuevas concepciones del sujeto y del tratamiento. Inaugurando una nueva concepción técnico-política de la salud mental.

Este movimiento, trae también grandes modificaciones en las concepciones políticas en el campo de la salud mental. Por ejemplo, en Italia donde surge con gran fuerza y genera profundas reformas antimanicomiales como es el caso de la ley n.º 180, de 1978, que establece el cierre de los manicomios e inicio de una política de reinserción comunitaria y social de las personas con sufrimiento psíquico. Uno de los representantes de este movimiento es Franco Basaglia quien plantea «la antipsiquiatría (me gustaría aclarar mi criterio sobre esta cuestión ya que el movimiento que yo represento en Italia se puede definir como anti-institucional o antipsiquiátrico) no es una técnica, ni una nueva metodología a incluir dentro del campo psiquiátrico, sino un movimiento de negación y de transformación que tiende a poner en discusión los esquemas y parámetros que se consideran como valores absolutos. Es pues, un movimiento crítico que va más lejos del simple problema especializado enfrentándose a una ciencia que ha pasado a ser metafísica, dogmática, y que no responde a nivel práctico al enfermo y a su enfermedad, sino que se limita a la separación del sano y del enfermo y, por consiguiente, a la codificación de la enfermedad siguiendo unos esquemas establecidos como inmutables» (199:3).

En el Uruguay, «La atención psiquiátrica se hacía casi exclusivamente en la capital del país, sin organización y con carencia de programas de atención de salud pública. La “apertura” de los servicios psiquiátricos determinada por la evolución terapéutica, hizo sentir la necesidad de reorganizar la asistencia en patología mental. En 1966, sobre la base de las conclusiones del informe de un consultor de la Organización Mundial de la Salud, se iniciaron cambios, aunque limitados a los servicios públicos» (Casarotti, H., 2007: 3).

«El foco sobre la dimensión social y ambiental de la salud mental estimulado por las lecciones de la psiquiatría de guerra, y la posición entonces dominante del psicoanálisis —al menos, en los Estados Unidos— convergieron con la convicción de que los enfermos mentales ya no debían ser confinados en grandes hospitales o instituciones aisladas y poco diferenciadas, sino tratados, supervisados y apoyados en la comunidad. Con un fuerte énfasis en la prevención y rehabilitación y una preocupación explícita por la integración social de los enfermos mentales, la “asistencia comunitaria”

—con todo lo ambiguo del término— se convirtió así en la meta a alcanzar por la psiquiatría de mediados del siglo XX» (Novella, E., 2008:12).

En virtud de esta serie de transformaciones o transformaciones de las series de los componentes de esta estructura, comienza a perfilarse la necesidad de modificación y ruptura con la tecnología en la que se basaba el tratamiento de la locura, es decir la institución manicomio. Estas modificaciones en las concepciones del sujeto acompañadas de transformaciones en las estructuras políticas y económicas irán habilitando arribar a la elaboración de nuevos planes de atención y su paulatina y lenta implementación. «Así pues, todo hace pensar que la crítica de la institución manicomial, por muy radical que llegara a ser, no hubiera bastado por sí sola para forzar la puesta en marcha de reformas en profundidad si no hubieran concurrido otros factores de índole más estructural que finalmente permitieron que, tras casi un siglo de disputas, pudiera consumarse el principio del fin del orden asilar» (Novella, E., 2008:16).

Pero, desde los modelos explicativos de este cambio de locus de la acción psiquiátrica, se integran también miradas críticas al proceso de desinstitucionalización, considerando que el excesivo número de altas de los hospitales psiquiátricos conlleva una nueva forma de segregación y vulneración de quienes quedan nuevamente desprotegidos de la asistencia que hasta el momento brindaba la institución. «Considerando las sucesivas oleadas de altas de hospitales psiquiátricos y el rápido decrecimiento de la población asilar desde mediados de los años cincuenta, Scull sostenía que la mayor parte de estos pacientes “excarcelados” habían sido, en realidad, poco menos que dejados a su suerte: “para muchos [...] ex pacientes la alternativa a la institución ha sido su incorporación a nuevos ‘ghettos de desviados’, auténticos sumideros de miseria humana [...]. Muchos se pierden en los intersticios de la vida social, y se convierten en usuarios degradados de los recursos tradicionales para los que están fuera y abajo”» (Novella, E., 2008:22).

Resulta particularmente interesante este planteo, teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo, ya que coloca la mirada en la contracara, en la consecuencia de la transformación. Este análisis que realiza Scull, habilita a conectar las categorías planteadas y a empezar a delinear algunas respuestas con respecto a una de las preguntas guías de este trabajo. Es decir ¿los nuevos dispositivos, o sea los postmanicomiales, siguen reproduciendo las lógicas del modelo de atención centrada en la tecnología manicomial? De alguna manera se puede arribar sutilmente a una afirmación positiva de acuerdo a la expansión del campo de la psiquiatría a otros

ordenes de la vida social; teniendo presente que no se han consolidado repuestas adecuadas para la protección y acompañamiento en nivel comunitario de las poblaciones afectadas por la reducción y minimización de uno de los elementos sin el reforzamiento de su contraparte en el plano de la vida extramuros. Este punto de análisis se retomará más adelante luego de haber complementado los fundamentos en las demás dimensiones establecidas como determinantes del problema aquí planteado. La confrontación de los modelos explicativos, las miradas disciplinares y concepciones teóricas discordantes, permite entender las múltiples capas, interjuegos y líneas de fuerza de este campo en particular, pero sobre todo poder interconectar con los fenómenos de la integración social en contextos donde aún no es posible establecer el dominio de un modelo sobre otro, sino en la convivencia de ambos, con las fisuras y carencias que esto implica para atender los problemas de pertenencia a la normalidad funcional, es decir las formas de inscripción en el orden social.

El establecimiento del nuevo modelo en nuestro país tiene uno de sus fundamentos en la elaboración, en 1986, del Plan Nacional de Salud Mental, es decir en la transformación de uno de los campos de objetos: un plan que desde la Administración de Servicios del Estado (ASSE) establecería nuevos cometidos y acciones para la atención en salud mental en el Uruguay. Estas cristalizaciones en una de las series (de acuerdo a la metodología de análisis de las transformaciones de Castel.1980:17) no se completa para generar una transformación del todo (una metamorfosis) ya que no es acompañada por ningún instrumento jurídico que modifique el estatuto de las personas con sufrimiento psíquico, ni por una reestructuración interna efectiva y renovadora del dispositivo.

El nuevo plan² tenía/ tiene como cometidos: la Atención Primaria de la Salud (APS) la creación de equipos de salud mental en hospitales generales; la descentralización del servicio hacia todo el interior del país; y la creación de centros de rehabilitación, entre otros. En lo que refiere particularmente a los procesos de rehabilitación y reinserción laboral, se profundiza esta dimensión del abordaje en los puntos siguientes (II y III) en el entendido de que debe ser analizada como proceso de “normalización”; y en lo que respecta particularmente a la reinserción laboral de las personas con sufrimiento psíquico, o categorizados como personas con TMSP, se les da un tratamiento específico a partir del análisis de una experiencia de trabajo concreta en esta área (punto IV).

² Plan Nacional de Salud Mental, 1986.

«La desaparición del “modelo asilar” debería acompañarse de la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener y prestar los servicios necesarios y adecuados a nuestra población. Debería enfocarse en el uso de la internación de forma breve; en la psicoterapia haciendo énfasis en la integralidad de la asistencia; privilegiar el desarrollo de estrategias en rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario; en la educación no solo del usuario sino de las familias, de los trabajadores de la salud y de la comunidad en general» (De León, N., 2013: 20).

En función de estos nuevos diseños, planes, programas y proyectos que se implementan desde los diferentes sectores de la política pública, con algunos programas focalizados para poblaciones “vulnerables”, su transversalización con políticas universales de asistencia como es la reforma de la salud (con la creación del Fondo Nacional de Salud), las articulaciones en virtud de las categorías de riesgos en que se estandariza la población asistida por la matriz de protección social actual, posibilita completar la fotografía del panorama contemporáneo, del grado de desarrollo de un modelo de atención a la salud mental en pleno proceso de discusión y cuestionamiento a la continuidad del modelo asilar aun funcionando en nuestro país. Dentro de este conjunto de transformaciones posibles, se identifica la problemática de la inserción laboral de las personas con sufrimiento psíquico como uno de los elementos prioritarios a desarrollar en el conjunto de las políticas sociales y sanitarias destinadas a dar respuesta a los problemas específicos de esta población. Desarrollo que debería profundizarse en la creación de nuevos y diferentes dispositivos de atención con mayor capacidad de cobertura y nuevas problematizaciones acerca de la normalidad; con enfoques integrales y no fragmentarios del sujeto, menos psiquiátricamente medicalizados y más potenciadores de las capacidades y fortalezas de la persona. En definitiva, que permitan una mayor circulación del poder entre sus componentes.

II. La normalidad medicalizada como técnica de regulación y control

¿Podemos pensar, entonces, en técnicas y procedimientos de inclusión, siguiendo lo que conecta y circula entre los elementos de un dispositivo que establezca nuevas maneras de ejercicio del poder? ¿Es posible pensar otras maneras de “normalización” en el trazado de los recorridos por donde circulan esos elementos?

«El siglo XIX o edad clásica introdujo todo un aparato de estado con sus prolongaciones y sus apoyos en diversas instituciones. Y además puso a punto una

técnica de ejercicio del poder, técnica transferible a instituciones y aparatos numerosos y diversos... Esta técnica general del funcionamiento de los hombres entraña un dispositivo tipo que es la organización disciplinaria ¿En qué termina, pues, este dispositivo tipo? En algo que puede denominarse, me parece, normalización...y la norma trae aparejados a la vez un principio de calificación y un principio de corrección» (Foucault, M., 2007:..56-57).

En virtud de lo que se viene desarrollando en el presente trabajo, interesa la idea de normalización, en el sentido que le da el autor, a la vez que permite integrar la noción de dispositivo y lo que de él se puede aplicar para el análisis del campo de la salud mental y su relación con el mundo del trabajo. Es decir, que se da «un conjunto decididamente heterogéneo que engloba discursos, instituciones, organizaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En suma, lo dicho y lo no dicho son los elementos del dispositivo. El dispositivo es la red que se puede establecer entre estos elementos» (Foucault, M., 1992:244).

En este conjunto de elementos están presentes tanto los enunciados científicos como los morales, circulando en esa trama, dando validez a ciertos aspectos de la vida cotidiana y desestimando otros. Detenernos en estos dos elementos colabora al acercamiento de una visión que amplía desde lo teórico conceptual el entendimiento de las concepciones del saber médico, del modelo medicalizador de la sociedad, ya que se inscribe en este dominio de la ciencia, del conocimiento legitimado e internalizado en los individuos que desarrollan su existencia atravesados por los discursos que emanan de estas concepciones; que se particularizan en el cuerpo del sujeto, pero que son determinaciones societales más amplias, incluidas las determinaciones morales, la reproducción de los valores dominantes acerca de lo que es ser “normal”. La medicina, expone Foucault es un saber/poder que se aplica a la vez sobre el cuerpo y sobre la población, que va a tener, en consecuencia, efectos disciplinarios y regularizadores. Lo que circula entre lo disciplinario y lo regularizador es la norma ya que se puede aplicar tanto al cuerpo como a la población (2000: 167).

De acuerdo con esta idea de regulación, la medicalización cumple, según Mitjavila (1992), entonces, funciones sociales, entre ellas las funciones punitivas y las funciones disciplinarias.

Las primeras «comprenden un conjunto de prácticas técnico-políticas orientadas a sancionar de forma negativa cierto sector de conductas “socialmente desviadas” o que

representen algún tipo de amenaza o riesgo para el conjunto social. Esta función encuentra en los manicomios y otros tipos de instituciones totales sus expresiones más paradigmáticas... las funciones disciplinarias se refieren al conjunto de mecanismos que en el área sanitaria representan el sustrato institucional de lo que Foucault denomina somatocracia (el tipo de vigilancia panóptica que ejerce el Estado a nivel de los individuos, sobre y desde el propio cuerpo con la finalidad de regular sus conductas)» (Mitjavila, M., 1992:40).

En este punto particular, lo que refiere a la regulación, se puede establecer un paralelismo en función de las transformaciones de la sociedad salarial, desde los inicios de la industrialización hasta las nuevas formas de expresión del capitalismo contemporáneo, con el desarrollo de la sociedad salarial y las manifestaciones actuales que plantean la emergencia de nuevas formas de regulación del mercado de trabajo. Interesa en este capítulo en particular la primera condición: «una separación rígida entre quienes trabajan efectivamente y regularmente, y los inactivos o semiactivos, que hay que excluir del mercado de trabajo, o sea integrar bajo formas reguladas» (Castel, R., 1999:329). Si bien en lo que refiere particularmente al mundo del trabajo y su relación con la enfermedad mental o viceversa, que es desarrollado en el siguiente capítulo, se entiende pertinente establecer esta conexión analítica, en virtud de lo que se planteó en la introducción; el establecimiento de estas sincronicidades históricas: la legitimación del modelo médico como hegemónico y el surgimiento de la sociedad salarial desde sus inicios en la industrialización hasta la consagración de un régimen capitalista de producción posfordista, neoteyloriana o capitalismo financiero internacional (Castel, R., 2010).

La constitución del estatuto social, las formas de ingreso al contrato, la tutelización de ciertas poblaciones, estarán también reguladas por la medicalización y esta, a su vez, podrá determinar formas de distribución de la propiedad social³. Y en la redistribución

³ Propiedad Social: el concepto es analizado por Castel a lo largo de su obra y particularmente en el capítulo vi (1999:269-323). Alude a la relación entre trabajo, seguridad y propiedad. «La reflexión debe tomar en cuenta las nuevas relaciones que se establecieron a principios del siglo xx. Los primeros beneficiarios solo contaban con su trabajo para sobrevivir. Eran los proletarios ubicados fuera del orden de la propiedad. Encarnaban la oposición entre propiedad y trabajo, que desde siempre se traducía en la oposición de la seguridad y la inseguridad. Asegurar a estos no propietarios no solo cambiaría la relación entre trabajo y seguridad, sino también las relaciones entre propiedad y trabajo...la difícil mutación de la seguridad —propiedad en seguridad— derecho (1999:301). El advenimiento de la propiedad social representa uno de los logros decisivos de la modernidad (1999, p.270). La concepción de la propiedad como derecho subjetivo desaparece para dejar lugar a la concepción de la propiedad en función

de la propiedad social, a través de los servicios públicos (incluidos los sanitarios) el trabajo social como profesión expresa una de las dimensiones de su a práctica.

De acuerdo con lo anterior, el proceso de hegemonía del modelo médico en salud mental, ha ido moviéndose, trasladándose en su propia trama, podría decirse que desde la función punitiva a la función disciplinaria. Este poder disciplinario, contiene cuatro operaciones, de las cuales una es la normalización...y se normalizan a su vez los saberes dispersos, haciéndolos circular en comunicación para establecer la norma y disminuir la dispersión que existe entre estos saberes (Foucault, M., 2000:168-169).

En esa red entre los elementos, la normalización en el proceso de medicalización «supone la inducción a practicar y concebir las relaciones sociales con el propio cuerpo a partir de fundamentos médicos...el modelo médico, actúa, al igual que gran parte de las prácticas que se asumen como científicas, ignorando a los sujetos, tanto es así que ni siquiera se reflexiona significativamente sobre esta situación...el proceso de medicalización supuso la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud/enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social» (Méndez, E., 1984:10).

Se establece una nueva relación de dominio para normalizar sectores cada vez más amplios. «Además de su papel de técnico, la medicina, tiene un papel económico en la repartición de los auxilios, un papel moral y casi jurídico en la atribución de estos; helo aquí convertido en el “vigilante de la moral, como de la salud pública”» (Foucault, M., 2007:68).

«Orden público y enfermedad mental están siempre estrechamente asociados ya que la enfermedad no es nunca tratada como problema técnico específico, sino como manifestación anormal del comportamiento que sobrepasa el límite que la sociedad ha establecido... Pero una vez lograda la transformación de las instituciones psiquiátricas, mediante las nuevas técnicas de manipulación y de control, la comunidad externa comprende que puede utilizarlas en las instalaciones denominadas libres —familia, escuela, fábrica, ejército— como amplificación y dilatación del poder» (Basaglia, F., 1991:3)

Esta nueva relación de dominio, implicó la intromisión de la medicina en las prácticas sociales mediante transformaciones muy concretas, explicadas por Castel,

social...estaba en el corazón del desarrollo de los servicios públicos (1999:309) habría que integrar una reflexión sobre los servicios públicos, parte importante de la propiedad social» (2004:87).

fueron: la alteración de los dispositivos institucionales, el acondicionamiento de los códigos teóricos, el afianzamiento de las tecnologías disciplinares y la construcción de nuevos papeles profesionales. (1980).

En esta construcción de los nuevos papeles profesionales es que irá paulatinamente insertando su práctica nuestra disciplina profesional entretejiendo la trama de significados entre el discurso técnico-científico y la realidad concreta de los sujetos. «La ficción jurídico-administrativa sobre la que descansa todo el edificio de la nueva sociedad burguesa, es el contrato...la auténtica especificidad del loco estriba en resistir a ese doblamiento hasta tal punto que, para insertarle en este nuevo orden social va a ser necesario imponerle un estatuto diferente y complementario del estatuto contractual que rige para el conjunto de los ciudadanos...la represión del loco no puede avanzar si no es enmascarada. La impondrá el diagnóstico médico» (1980: 45).

Entonces, esta extensión de la medicina a otras esferas de la vida social permite analizar la regulación que se ejerce sobre el mundo del trabajo, incluso en las poblaciones llamadas “normales”. En este sentido, el estado de salud, o el continuum salud-enfermedad de una persona establecerá las posibilidades de inserción laboral dentro de las reglas establecidas por el mercado de trabajo. Asumiendo este enunciado como válido, podemos enfocar la mirada a la sumatoria de dificultades que presenta una persona con una patología crónica para acceder a esa paradigmática normalidad, a esa integración social con sus propias reglas de juego.

Siguiendo a Eduardo L. Méndez «la emergencia de nuevas teorías sobre la enfermedad es paralela a los cambios generados en la estructura productiva y en la apropiación de la fuerza de trabajo. Las condiciones económico-productivas que institucionalizan su hegemonía en el S.XVIII no solo implican la construcción de una nueva estructura de clases, sino la emergencia de la nueva ciudad industrial, del proletariado expuesto al ciclo ocupación-desocupación; es decir, a la emergencia de una nueva clase social que no puede contar con ningún o casi ningún recurso propio de subsistencia (incluida la salud), salvo su trabajo».

El proceso de transformación social del siglo XVIII al siglo XIX, retomando a Castel, proporcionó el principio del modo de organización económica que iba a imponerse y a si mismo implicaba también efectos socialmente devastadores (1999:160).

En este mismo proceso histórico, el autor plantea a su vez, que se institucionaliza una nueva estructura de dominación: «el loco va a encontrarse dotado de estatuto complejo de enajenado, completamente medicalizado, o sea, íntegramente definido en

tanto que personaje social y tipo humano por el aparato que ha conquistado el monopolio de su tratamiento legítimo... la constitución legítima de una nueva medicina y de una nueva relación social de Tutelarización» (1980:.15).

A modo de cierre de este punto, se considera entonces, que debemos comprender y analizar las características particulares del mercado de trabajo y su relación con las protecciones sociales, las formas de (des)regulación, para inscribir allí las consecuencias de esta estructura económica y social en las poblaciones afectadas por el sufrimiento psíquico. «Del lado del capital, las relaciones de producción permanecen inmutables, el salariado no fue abolido, sino que, por el contrario, se extiende y se instala y sigue siendo una relación de subordinación que el mundo del trabajo está obligado a aceptar. Pero del lado de ese mundo del trabajo, la condición salarial se ha consolidado y en adelante estará rodeada y atravesada de protecciones» (Castel, R., 2010:.21). Entonces cabe preguntarnos, ¿qué pasa con aquellas personas que quedan fuera de estas protecciones por no acceder al trabajo asalariado en su forma contemporánea?

«Hay que tomar en serio en nuestra formación social, esta presencia de un número creciente de individuos así afectados por la nueva coyuntura que se implanta desde hace unos treinta años como una consecuencia del pasaje al nuevo régimen del capitalismo» (2010:.26).

Y si además estas personas están atravesadas por problemas de salud mental ¿qué lugar podrán ocupar en estas nuevas configuraciones?

III. Enfermedad mental, empleo/trabajo y rehabilitación psicosocial en el Uruguay: ¿son los “enfermos mentales” sin empleo trabajadores sin trabajo?

Para comenzar el desarrollo de este capítulo, es necesario explicitar la especificidad del tema, es decir, diferenciar lo que respecta al mundo del trabajo y las enfermedades asociadas al despliegue de las actividades que el ser humano realiza (en la consecución de su bienestar o sobrevivencia) y lo que refiere propiamente al campo de la salud-enfermedad mental como se ha conceptualizado en los capítulos anteriores.

Esto es, no se trata de analizar las patologías del mundo laboral (ya que no es parte de los objetivos planteados ni de la construcción que aquí se hace del objeto de estudio) a los que se dedica, por ejemplo, la psicología laboral, la salud ocupacional, la sociología de las organizaciones, psicología social, la ergonomía entre otras disciplinas (para ampliar acerca de las disciplinas y los enfoques teóricos ver: Matrajt, M., 1996:

179-204). Lo que interesa aquí es el acercamiento a la problemática de la inserción en el mundo del trabajo de las personas con sufrimiento psíquico, personas con TMSP (para usar el término que las categoriza hegemónicamente). Se entiende necesaria la aclaración, ya que, en la búsqueda de bibliografía para este trabajo se evidencia que, las producciones teóricas que mayoritariamente asocian ambos objetos de estudio, están fuertemente ligadas a la salud ocupacional, al análisis de los efectos del empleo/desempleo, desocupación/precariedad en la salud mental de los trabajadores.

Esto no excluye la importancia de esa realidad y los efectos en la estructura social en la cual se inscribe las posibilidades de integración de los grupos más desfavorecidos, pero esto excede el foco del análisis.

Hecha esta precisión, es menester comenzar desarrollando algunos elementos que configuran la trama del mercado de trabajo contemporáneo, implicando en el análisis lo que corresponde a: las protecciones sociales, las regulaciones del mercado, el impacto de las nuevas formas de actividad y empleo en la determinación de las poblaciones que quedan fuera de las protecciones del empleo clásico, allí, donde el salariado del inicio del capitalismo industrial encontró las seguridades y la pertenencia a las integraciones sociales y a las formas de socialización que estas cristalizaciones permitieron. Habitan ahora otras configuraciones de individuos desprotegidos y, por ende, nuevas categorizaciones y conceptos teóricos capaces de iluminar y guiar las intervenciones posibles. Los sometidos al nuevo régimen de apropiación de la riqueza y a su negación, siguen siendo: los habitantes de las clases populares, los pobres, los que no encuentran espacios en y para para la producción de bienes económicamente valiosos, aunque tengan la capacidad y el accionar de generar actividad económica necesaria para el mantenimiento del capital. Por cierto, “el trabajador no se ha convertido en el amo del mundo, ni siquiera en el de su propia condición. Pero, junto con sus semejantes, es el basamento de una sociedad salarial que le garantiza a él mismo, a su familia y a la mayoría de los miembros de la sociedad las condiciones de base de su independencia económica y de una seguridad social extendida. De lo que se trata realmente es de una transformación fundamental de la condición salarial” (Castel, R., 2010:22). Aunque las desigualdades permanezcan, la ciudadanía social conquistada sobre la base de su trabajo le permitirá formar parte de un continuo de posiciones sociales, que es también un continuo de derecho (Castel. R., 2010: 23).

Podría decirse que desde los *nihil habentes*⁴ a los desafiados⁵ del siglo XXI (siguiendo la línea analítica del fenómeno de la exclusión propuesta por Castel) los procesos históricos y sus categorizaciones desde las ciencias sociales, colaboran en comprender mejor la especificidad de la realidad concreta de las personas afectadas por «patologías mentales», relocalizándolas en la totalidad de la realidad histórica y no solo en el espacio fragmentado de su enfermedad concebida únicamente desde la medicina mental medicalizada.

Este planteo, implica, justamente hacer el esfuerzo analítico de relocalización, por lo menos desde el punto de vista conceptual, para visualizar el fenómeno en sus multiplicidades y así ir arribando a la esencia de lo que permitiría ver el todo en lo concreto. Reconceptualizar o redimensionar el espacio social donde se dan los procesos de socialización de este conjunto de seres humanos “dejados de lado”.

La socialización, que otrora brindaba el trabajo como empleo, con su consecuente estatuto de ciudadanía, implicó una unión del lazo social desde esta actividad productiva remunerada, debido a que junto al trabajo asalariado se despliega una amplia gama de protecciones sociales que le aseguran al individuo niveles básicos de bienestar. El Estado Social, regulando las reglas del mercado reparte los beneficios de la riqueza entre quienes participan de las integraciones sociales que sostienen el desarrollo del capitalismo moderno. Pero dada la hegemonía del mercado sobre las relaciones laborales y el derecho al trabajo, este lazo social se ve cortado, o por lo menos amenazado en sus capacidades de brindar al ser humano la posibilidad de mayores grados de autonomía con respecto a esas reglas, ya que el mercado per se no genera lazo social: «la hegemonía del mercado lleva su amenaza sobre el lazo social en general, destruye las relaciones colectivas de solidaridad que soportan a la sociedad» (Castel, R.,

⁴ Este término planteado por Castel remite a aquellos ciudadanos del siglo XV, en la sociedad pre-industrial que no poseían ningún tipo de propiedad y que eran “incapaces” de pagar impuestos ni producir ganancias (1980: 163).

⁵ El concepto remite al análisis que realiza Castel (2010) de los factores que preceden a la exclusión, para medir los riesgos de fractura social. «Ver cómo funciona hoy la empresa, cómo se deshacen las solidaridades y se deterioran las protecciones que garantizaban la inclusión en la sociedad... Cómo se inscriben las situaciones límites en un conjunto de posiciones que interpelan la cohesión social del conjunto de la sociedad. En la mayoría de los casos el “excluido” es de hecho un desafiado cuya trayectoria está hecha de una serie de desconexiones con respecto a estados de equilibrio anteriores más o menos estables, o inestables» (2004: 260). «La desafiación, también es, en un primer sentido, la ruptura del tipo de redes de integración primaria» (1999: 36).

2010:89).

Con respecto a las transformaciones de la sociedad salarial, el impacto en las nuevas formas de empleo y por tanto de protección serán claves para comprender de qué manera se logra inscribir el individuo “enfermo” con sufrimiento mental, en el orden social actual, dotado tal vez de un nuevo estatuto, en la medida en que se produzca con corrimiento de la categoría meramente medicalizada, estigmatizante. Para esto, puede ser útil analizar, para comprender y explicar más adecuadamente lo específico de sus dificultades, el tener en consideración sus trayectorias. Dado que habrá quienes antes de enfermar fueron trabajadores activos formales o informales, pero que realizaron de alguna manera una actividad productiva, los colocaba en otra forma de inscripción social. Aunque estas formas fueran a su vez, subordinadas y precarizadas determinaban de alguna manera, otra relación con el mundo y otra forma de subjetividad. Por tanto, si se puede deconstruir la identidad de enfermo como totalidad del individuo y definir a la persona de acuerdo a sus posibilidades de integración a través del trabajo, se estará colaborando en cierta medida en la desmedicalización, en la desestigmatización y en el acercamiento a nuevas oportunidades.

«Se asiste a un desplazamiento del empleo clásico hacia formas de actividad por debajo del empleo que podrían desembocar en última instancia en una sociedad de plena actividad, muy diferente de una sociedad de pleno empleo...una salida de la sociedad salarial que no sería, sin embargo una salida del salariado, porque la mayoría de esas actividades podrían seguir siendo asalariadas, pero perderían las prerrogativas esenciales que habían sido vinculadas con el empleo y le daban su estatuto» (Castel, R., 2010:127).

Por ejemplo, un clasificador de residuos urbanos realiza una actividad económica por la cual a través del mercado de los intermediarios recibe una paga por su trabajo. A su vez, aporta al sistema económico desde la actividad de reciclaje para la reutilización de materia prima, pero, este trabajador, no es un asalariado ni percibe los beneficios de la seguridad social ni las protecciones a través de su trabajo sino, seguramente, a través de las prestaciones destinadas a las “poblaciones vulnerables”. Este trabajador clasificador tampoco accede a la salud desde el punto de vista integral y si, en los avatares de la vida, con las frustraciones y el sacrificio que conlleva su tarea, tiene un episodio psicótico o sufre una descompensación emocional y esta se cronifica; para poner un ejemplo, será tratado, entonces, desde el sistema sanitario como una persona con “problemas mentales”. Entonces, allí, transitará nuevos espacios de gestión de sus

riesgos, lo cual posiblemente, además de colocarlo en otro grupo de vulnerabilidad y de ser tratado como enfermo desde la medicalización (psiquiátrica, psicología y social), tal vez pierda las posibilidades de seguir realizando su actividad económica y por ende quedar solo inscripto en los dispositivos de “ayuda social para los pobres” o la ayuda social para los “enfermos mentales”. Lo que intento expresar en este ejemplo es que, la realidad concreta de ese trabajador clasificador será concebida ahora desde las mediaciones teóricas del modelo médico, sin integración de las otras esferas, lo que implica una transformación de la identidad, tanto en la autopercepción como en el tratamiento social de su nueva realidad. En consecuencia, una supresión de sus capacidades de apropiación de la propiedad social a través de su fuerza de trabajo. «El proceso de enfermar se vive en el sujeto y su entorno de forma invasiva, provocando una ruptura en su curso vital. Cuando hablamos de enfermedades crónicas, como por ej.: la esquizofrenia, nos encontramos con cuadros psicopatológicos que tienen un progresivo deterioro de las capacidades del sujeto. Los abordajes que centran la mirada en la patología, significan al sujeto desde su carácter de enfermo psiquiátrico, generando la vivencia de aniquilación de la representación que el sujeto tenía de sí mismo antes del enfermar. Estos dispositivos producen una cristalización en el proceso de enfermar, descontextualizan al sujeto de su entorno y lo desconocen como ser en situación, anulándose la condición transformadora de sí mismo y de su medio» (Del Castillo, R., 2011:2).

Entonces, retomo aquí una de las preguntas planteadas en la primera parte de este trabajo: ¿Son las personas con TMSP sin empleo trabajadores sin trabajo? Hablar de enfermedad mental y empleo implica entender de alguna manera las particularidades de las personas que son «portadoras de patologías mentales crónicas». Las dificultades, pero también y sobre todo las posibilidades y capacidades que pueden desarrollar si se encuentran en un adecuado proceso de tratamiento integral que incluye necesariamente la rehabilitación y el dotarlo de una nueva identidad social.

«Siguiendo el Consenso Intercentros del Uruguay (Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay, 2005) la Rehabilitación puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes. El trabajo en rehabilitación biopsicosocial desde lo cultural y ambiental, implica el encuentro entre la persona que

presenta un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente» (Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M., 2011:85).

Este sujeto/individuo/persona que forma parte de la categoría de persona con TMSP tendrá que enfrentar además de la propia enfermedad, la forma en que se gestiona esa enfermedad y la manera en que se den las oportunidades sociales para el desarrollo de esas habilidades que han quedado relegadas, ocultas u olvidadas; o que simplemente nunca llegaron a desarrollarse en el transcurso de su trayectoria vital.

Por ende, si esto implica la necesidad de retrasar los recorridos para devolverle a la persona las posibilidades de visualizar sus capacidades (lo que potencialmente le permitiría un desarrollo con mayores grados de autonomía y otras maneras de subjetivación de su realidad) entonces, pensar en el concepto de desafiliación puede ser pertinente para estos abordajes. Integrando esta concepción a la de rehabilitación, se puede conjugar la combinación de los enfoques y de los entendimientos de las particularidades del individuo que transita esta problemática asumiendo las características del nuevo régimen de protecciones, porque «sin duda no es fácil conciliar las exigencias de la competitividad...y el mantenimiento de un mínimo de protecciones y garantías, por el otro, para que el éxito de unos se pague con la invalidación de los otros. Pero la dificultad de la tarea no ahorra la exigencia de tratar de dominar esa relación entre lógica económica y cohesión social antes de que desemboque en situaciones de ruptura representadas por la exclusión... hablar de exclusión conduce a dar autonomía a situaciones límites que no adquieren sentido salvo que se las reubique en un proceso...son el desenlace de trayectorias diferentes de las que conservan la huella» (Castel, R., 2010:259-261).

La Rehabilitación, en el marco de un abordaje psicosocial comunitario, tratará de movilizar a la persona en los lazos con el vínculo hacia la realidad, readquiriendo su dimensión de ser social, en un constante aprendizaje de participación activa y hacia el acceso pleno o protegido en la vida social.

De acuerdo al artículo 21, del Anteproyecto de ley Salud Mental y Derechos Humanos, acerca de la rehabilitación psicosocial. La rehabilitación se realizará en el marco de un abordaje psicosocial comunitario, siendo condición indispensable para el logro de avances en la autonomía y en la inclusión social, laboral y ocupacional. Las propuestas de rehabilitación deben adaptarse al perfil de cada persona y grupo familiar, motivando a la persona usuaria y su familia a la participación activa en el logro de la mejor calidad de vida posible. Deben asegurarse la continuidad del proceso, para la

construcción exitosa de un proyecto de vida personal con plenos derechos ciudadanos (2015:9).

Volviendo a la idea de conexión entre el concepto de desafiliación y la concepción de la rehabilitación, retomo aquí un trayecto posible, como camino de inserción, que podría ser el siguiente: enfermo/paciente/usuario/pasante/trabajador. Esta descripción así linealmente planteada, es meramente a los efectos expositivos, pero no se concibe como una linealidad, sino como una circularidad, en el entendido de que siempre se puede habitar alguno de estos espacios o categorías. Pero, en la medida que se coloque la centralidad en uno solo de esos aspectos, se estarán dejando de lado los elementos de la trayectoria, lo que implicaría negar la realidad concreta de la persona en esta situación. A su vez, esto estará determinado por el lugar que ocupa la persona y su familia en la estructura de clases sociales. Esta determinación a su vez, afectará fuertemente las posibilidades de generar mayores niveles de inserción para la integración social. Será necesario a su vez, profundizar en los dispositivos de empleo protegido (por ejemplo, las pasantías laborales) y sus alcances de las posibilidades de socialización.

Si el empleo genera socialización, cabría preguntarnos qué tipo de socialización generan los trabajos protegidos.

Entonces, la realidad del empleo, el trabajo y la actividad económica en las formas en que estas se determinan desde el orden social permite comprender ampliamente las características de las estructuras en donde se desarrollan los lazos sociales (con sus interrupciones) del individuo en su vinculación a las esferas de la vida cotidiana. Este individuo/sujeto/persona humana desde su dimensión subjetiva, internalizará, comprenderá, vivirá a partir de sus propias posibilidades de subjetivación. Y el empleo, el trabajo como ha sido expresado aquí, contiene también esta dimensión subjetiva. En la relación entre lo objetivo y lo subjetivo se juega una de las dimensiones más importantes de las intervenciones profesionales, es decir, la relación de la persona con su realidad, cómo la vive y experimenta para apropiarse o no de lo que está dentro de su propio campo de los posibles. «Consideramos al trabajo como un productor y condicionador de subjetividad. En otros términos, postulamos que el trabajo tiene, en función de cada individuo y cada situación socio-psicológica, una importante función en la producción de personalidad sana y enferma. En el primer caso, la producción de salud, tiene que ver con la identidad, con la realización existencial, con la vivencia de utilidad social, con la integración a un grupo humano, con la sublimación, etc.» (Matrajt, M.,

1997).

Pero a su vez, y volviendo a Castel, «en el mundo del trabajo, donde todos deben trabajar, el no trabajar representa el mal social radical. Desde este punto de vista las presiones morales, la culpabilización de los inactivos, el refuerzo de los controles y las coerciones sobre todos aquellos y aquellas que están fuera del trabajo no son solo útiles, sino indispensables...El que no trabaja se convierte en un “mal pobre” y esta expresión está cargada de estigmatización moral y de tratamientos socialmente coercitivos» (Castel, R., 2010:134).

Entonces, pensar en la inserción laboral para personas con sufrimiento psíquico, tales como las personas con TMSP implica el despliegue de algunos tipos de dispositivos que habitan tanto el campo de la salud mental como los de políticas de promoción del empleo y programas oficiales de empleo protegido. Para esto deberíamos poder mantener una mirada crítica y una actitud ética en cuanto al alcance de ambos campos de intervención. Esto en el entendido de que las concepciones fragmentadas y desconectadas de ambos sistemas de atención profundizarían las fracturas con el débil lazo social que poseen estas personas. Es decir, si se exige la obligatoriedad del empleo para su sobrevivencia, se estaría negando las dificultades reales de acceder a él y si se concibe solo desde el tratamiento de la enfermedad en espacios medicalizados se estaría negando las posibilidades de inserción laboral. En este equilibrio entre los sistemas, si se considera la dimensión integral de la salud y su tratamiento, podría arribarse a generar dispositivos capaces de apoyar y sostener los procesos de inserción e integración a través del trabajo.

«Creemos que la inserción laboral es una de las etapas que hacen al real proceso de rehabilitación y sabemos que hasta la fecha no se han podido instrumentar en nuestro país planes sostenidos en este sentido para la población específica. Esta población se encuentra doblemente marginada. Por un lado, estigmatizada en tanto pacientes psiquiátricos, y por otro excluida del sistema productivo en el cual no encuentran lugares reales de inserción. Esta situación, que visualizamos como carencia de la estructura social, en tanto ausencia de espacios de inserción, se encuentra también vinculada a los dispositivos clínicos desde los que nos posicionamos y con las concepciones desde donde pensamos al ser humano y al proceso salud-enfermedad» (Del Castillo, R., 2011:24).

Por último, como cierre de lo planteado hasta aquí, para darle un fundamento empírico e integrar la mirada desde nuestro campo profesional, se presenta a

continuación el relato (con elementos de análisis) de una experiencia de trabajo protegido, dirigida a personas con TMSP que se desarrolló entre los años 2013 y 2014 en la huerta del hospital Vilardebó y del cual formé parte (como estudiante avanzado de la carrera) en la ejecución del rol de trabajadora social.

IV. Relato de una experiencia concreta: miradas y aprendizajes desde el trabajo social...Un proyecto de pasantía laboral para personas con TMSP

Para comenzar, voy a mencionar las características generales del proyecto, su marco institucional, el espacio donde se desarrolló, la forma de gestión y su financiación. Y luego describiré sintéticamente, integrando algunos elementos de análisis, el proceso de trabajo realizado.

El proyecto estuvo dirigido a personas con TMSP (esto de acuerdo a lo establecido por quien realizaba el llamado y financiaba el proyecto, es decir la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, la CHPP) que se encontraran vinculados a Centros de Rehabilitación Psicosocial y con un periodo no menor a seis meses de la última externación (Intercentros, 2014). Dicho proyecto se gestionó desde el centro de rehabilitación Sur Palermo y se implementó en la huerta del hospital Vilardebó. La pasantía laboral en el área de huerta orgánica para los usuarios de los centros de rehabilitación se inició en el año 2011, siendo la experiencia aquí expuesta llevada adelante por este equipo y este centro entre los años 2013 y 2015.

El espacio de huerta, funciona a su vez, desde el 2005 como instancia de “taller” para los pacientes internados y de rehabilitación para usuarios del Centro Diurno de dicho hospital. Esto imprime ciertas características en el desarrollo de la experiencia para los pasantes del proyecto, algunas que se exponen en este relato y otras que serán analizadas con mayor profundidad en el capítulo de las conclusiones generales.

Entonces, es así que, a partir de la determinación del «perfil de usuario», se establecían los criterios acerca de a quienes se podía incluir o excluir de esta experiencia. Las etapas de selección implicaron un esfuerzo considerable de visualización y proyección acerca de lo que el equipo técnico evaluaba posible para cada uno de los

usuarios que se postulaban para esta experiencia de trabajo protegido. Podría decirse que, desde el comienzo, la norma circulaba primordialmente en uno de sus criterios: en principio, el clasificadorio.

A su vez, significó la puesta en marcha de las concepciones acerca de la patología mental propiamente dicha y de la trayectoria del usuario/paciente, paciente/usuario que su historia de vida personal le fue permitiendo transitar.

Al nombrar usuario/paciente, paciente/usuario, expreso que no se trata de un juego de palabras, sino de las significaciones que cada término imprime en la identidad del otro y de sí mismo, y que adjudica ese lugar simbólico desde donde se construye el vínculo, capaz de generar ciertas transformaciones. Por otro lado, la conformación del grupo de pasantes generó la necesidad de intercambiar en el equipo, constituyendo líneas de tensión, intercambio y problematización, acerca de a quienes considerábamos con capacidad no solo de sostener el proceso presente, sino el poder luego, y como objetivo principal, insertarse laboralmente en el “mercado de trabajo normalizado”. Esto permite analizar el hecho de que nos encontrábamos frente a personas que se encontraban desocupadas y que llegaban a presentarse al llamado para ocupar un puesto como pasantes por un año con una remuneración de un salario mínimo equivalente a 4 horas de trabajo. Permite preguntarnos, analizando este elemento, cuántos de ellos habían sido trabajadores (formales o informales) en algún momento de su historia personal. La mayoría (haciendo referencia a los 2 años del proceso) de las casi 40 personas entrevistadas habían desempeñado algún tipo de actividad económica. Esto, antes de enfermar. Luego del advenimiento de la enfermedad, se identificaban mayoritariamente con actividades de sus centros de referencia y algunas capacitaciones puntuales, pero no en actividades del mercado de trabajo. Entonces, podríamos decir que nos encontrábamos frente a trabajadores sin trabajo, que luego de enfermar perdieron las posibilidades y ciertas capacidades para seguir desempeñando las tareas y actividades que veían realizando. Por otra parte, en cuanto a la presentación que ellos hacían de sí mismos en la entrevista inicial, se visualizaba un relato fuertemente asociado a su estado de salud-enfermedad, colocando su diagnóstico médico-psiquiátrico inmediatamente a continuación de su nombre. Estos aspectos se consideran claves para iniciar el trabajo de restitución de sus derechos enmarcados en la asunción de una nueva forma de autoperibirse, de auto presentarse. Porque, convengamos que no es lo mismo decir: me llamo Fulanito y soy esquizofrénico, a decir me llamo fulanito

y soy artesano, panadero, pintor, vendedor ambulante, diseñador gráfico, estudiante del liceo, etc. Estos aspectos del ser, absolutamente colonizados por el diagnóstico de la enfermedad mental, son claves para generar los procesos necesarios de “corrimiento” hacia otras formas de habitar los espacios sociales en la medida en que se puedan apropiarse de otras formas de construcción de sus identidades.

Otro aspecto importante es el espacio físico donde se desarrollaría la pasantía. Al ser específicamente un proyecto pensado para colaborar en el sostenimiento de la huerta del hospital Vilardebó, los usuarios (ahora trabajadores en calidad de pasantes) deberían entonces retornar (la mayoría de ellos había estado internado en el hospital) a esa institución, de la cual (no todos, pero la mayoría) no guardaba el mejor de los recuerdos de su tránsito como internados, e incluso, hubo quienes casi no sostenían recuerdos de lo vivido en este hospital

Que el proyecto se desarrollara allí, tiene sus componentes positivos desde el punto de vista de los internados, de la huerta en particular, su mantenimiento, etc., pero, no para el impacto y la subjetividad de los usuarios en su calidad de trabajadores de la pasantía. Implicó el atravesamiento de una contradicción permanente: un dispositivo que pretendía integrar por medio de una experiencia laboral a las personas con “ciertas dificultades”, pero que se desarrollaba dentro del tipo de institución manicomial. Ellos, los ahora «pasantes», habían sido pacientes... en ese mismo lugar arquitectónico cuyo modelo de atención sigue siendo asociado en el imaginario colectivo al modelo asilar, lo que conlleva una fuerte carga de estigmatización. Ahora se pretendía, se trabajaba para que lo transitaran (literal y simbólicamente) ocupando una nueva identidad, otra clasificación, otra categoría de riesgo. Atravesar el patio hasta llegar a la huerta. Ese patio de mujeres tristes, sonámbulas, que si lograban conectar con la mirada del otro es para pedirle un cigarrillo o un poco de yerba mate.

Pasante: ¿entre qué y qué? ¿De qué lugar a que lugar deberían de pasar? ¿Qué trayecto deberían de cumplir para estar en el lugar “esperado/adecuado” es decir, para funcionar en la normalidad?

En principio, requerimiento esencial para poder continuar la experiencia era que fueran capaces de procesar sus dolores, sus experiencias de internación para entrar al hospital como trabajadores de la huerta. En la puerta tenían que repetir durante el primer

periodo de trabajo, que no eran pacientes, eran pasantes... O sea, no les podían impedir salir... Entrar seguro podían hacerlo, ahora o después. Siempre que una “crisis” los devolviera a esa otra categoría. A esa que fácilmente se arriba después de que se es categorizado desde el diagnóstico psiquiátrico y a partir del cual todo dolor, sufrimiento, conflicto cotidiano puede (y es) ser analizado desde la mirada de la psicopatología que el modelo médico hegemónico establece. Como si no tuvieran derecho a acceder al dolor humano y al conflicto de los “normales”, a sentir y ser parte de lo que es “común” a los otros, a eso que genera el lazo social que sostiene la trama (aunque débil muchas veces) entre el estar afuera y el estar adentro. Podría decirse, entre los «*in* y los *out*» (Castel, R., 2010:260) se fueron entretejiendo las expectativas, los anhelos, los miedos y las proyecciones.

En cuanto a la implementación, a lo largo del proceso, las actividades planificadas para el mismo estuvieron organizadas en: aquellas referidas al trabajo específico en huerta (mantener el espacio de trabajo bajo los criterios de rendimiento preestablecidos), una actividad grupal semanal (que compartían los dos turnos de trabajo) donde se abocó a trabajar el proceso grupal, la puesta en marcha de talleres correspondientes el mundo del trabajo, procesar los tiempos de cada pasante en relación a los aprendizajes, intercambiar sobre las experiencias previas, acercar información de recursos vinculados a la capacitación laboral la alfabetización, al uso del tiempo libre, entre otros. Se realizaban a su vez, actividades recreativas que permitían fortalecer los vínculos entre el grupo y entre este y el equipo técnico. Estas instancias se consideran muy enriquecedoras del proceso. Facilitaron el encuentro desde el compartir lugares comunes, diálogos, anécdotas y relatos, desde la fluidez que permite la horizontalidad de este tipo de propuesta específica (recreativa, deportiva, paseos, visitas a viveros, etc.). A su vez, se implementaron espacios de venta de la producción dentro del hospital, en conjunto con los funcionarios y pacientes del Centro Diurno, entre otras actividades. En lo particular de la intervención desde el área social el proceso de trabajo constituyó un abordaje desde la construcción del vínculo con los usuarios/trabajadores pasantes, que habilitara la confianza, el diálogo y sobre todo la delimitación de lo que sería la intervención desde esta área específica. Es importante señalar que este proceso se fue gestando por un lado con los usuarios/pasantes a la vez que se iba delimitando y problematizando a la interna del equipo de la tarea, implicó el esfuerzo de todo el equipo para integrar y permear la intervención, A su vez, al tomar contacto con la vida

cotidiana de cada uno de los usuarios (a partir de las entrevistas con sus familiares y referentes en sus domicilios) se desplegaban, en esa totalidad de mediaciones que determinan lo concreto de cada historia personal, un conjunto de situaciones a ser abordadas y problematizadas. Este abanico de intervenciones posibles, permitió ir comprendiendo que, desde el mundo de la reinserción o inserción laboral, pueden (y deben, a mi entender) ser abordadas como objeto de análisis y comprensión aquellas particularidades que inhiben la posibilidad de tener una ocupación remunerada en el mercado de trabajo. Si neutralizamos la constante de la patología (en el entendido de que desde el trabajo protegido y el centro de rehabilitación se está actuando sobre los factores desestabilizadores y se está realizando el acompañamiento y seguimiento adecuados) entonces los elementos que surgen para integrar a la comprensión del objeto son aquellos asociados al tipo de inscripción en el orden social de la persona con y para la cual se trabaja.

Es decir, los problemas de empleabilidad, más allá de lo patológico (asumiendo las implicancias que la enfermedad tiene en el mundo de vida de las personas) son los compartidos por aquellas poblaciones que se consideran «desempleados de larga data», «inempleables», «supernumerarios» por no contar con los requisitos necesarios de «empleabilidad». Entonces, habrá que volver a retomar la idea de las trayectorias en las historias de vida para comprender qué otros factores intervienen en esta discriminación negativa que obstaculiza los procesos de inclusión. Dado que, la enfermedad mental con la que se estaba trabajando es crónica, trabajar con los elementos que quedan fuera de lo meramente patológico, facilita el acercamiento a lo que hay de realidad histórica en cada individuo. A lo que hay de sano en lo enfermo. A lo que hay de integración en la exclusión.

Volviendo al relato de la experiencia, en relación a la modalidad de trabajo puesta en práctica, el objetivo se centró en la asimilación de herramientas que posibilitaran la inserción o reinserción laboral, así como en la familiarización con las características y exigencias propias del mundo del trabajo. En este sentido, se puso énfasis en torno al proceso de adaptación a la rutina laboral, contemplando los tiempos singulares de cada pasante, así como sus dificultades a la hora de desarrollar la tarea y desenvolverse en un equipo de trabajo. En relación a esto último, se hizo hincapié en aspectos fundamentalmente pragmáticos vinculados a la planificación, organización de la tarea y los tiempos, así como a la comunicación grupal, la forma en que se plantean los

conflictos y su resolución para la no afectación de la tarea propiamente laboral. Se trabajó a su vez, en el estímulo a que generaran vínculos más allá del trabajo, como una manera de favorecer el componente socializador que contiene. En los aspectos socio-laborales (desde los requerimientos que este mercado impone) podemos destacar e incluir aquellos vinculados con las capacidades, habilidades y destrezas que cada uno de los pasantes trae desde su historia de vida y desde sus experiencias en relaciones laborales previas. Hacer presente y explícitas las ideas, fantasías, imágenes, significaciones acerca del mundo del trabajo y el entorno en el cual desarrollan sus actividades de la vida cotidiana. Estos elementos se fueron trabajando desde el acercamiento a cada situación individual, tanto desde el trabajo cotidiano como en encuentros individualizados con los referentes familiares/técnicos de los pasantes (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, operadores de cercanía, padres, madres, hermanas, hermanos, esposas y cuidadoras de hogares y casas asistidas).

Para la comprensión de las situaciones particulares, en acuerdo con cada uno de los pasantes se estableció como metodología de trabajo una serie de entrevistas con sus familiares o referentes de su entorno cotidiano. Esto permitió establecer una serie de acciones, algunas focalizadas (para aquellas situaciones más críticas de vulnerabilidad social) y otras de corte más universal, buscando diferentes tipos de respuestas en los servicios, proyectos, programas y planes que se ofrecen en la red de políticas sociales actuales.

Partiendo del encuadre del mundo del trabajo, las acciones realizadas se dirigieron a mejorar la calidad de vida de los pasantes, habilitando el acceso a los recursos necesarios, en el marco de derechos ciudadanos, de forma de poder brindar mayores y mejores herramientas para la búsqueda de empleo y sobre todo, en el logar sostener ciertos hábitos/actitudes cotidianas que promovieran mayores posibilidades de organización del cotidiano. Fortaleciendo los lazos presentes en la vida cotidiana, aportando información, generando diálogos y reforzando las redes que sostenían a los usuarios/trabajadores pasantes del proyecto, se fue gestando una circulación de los aprendizajes.

Para las situaciones más complejas de pobreza (camino a la exclusión) se trabajó en conjunto con los equipos técnicos de los Centros de Referencia, siendo el proyecto de pasantía laboral quien movilizó las acciones y actualizó las demandas, tal vez, en la

mirada nueva de esa misma realidad. Mirada nueva, en el sentido del dispositivo desde el que se trabajaba; que implicaba reconstruir elementos del cotidiano y sobre todo intentar innovar en las estrategias para la satisfacción de aquellas necesidades básicas que se encontraban sin satisfactores. Se coordinan, entonces, acciones que apuntan a movilizar recursos institucionales, transversalizando varios sectores de la política sanitaria y social, intentando contribuir sinérgicamente a favorecer el encuentro de estos recursos (vivienda, seguridad social, alimentación, salud, capacitación, alfabetización y educación formal). Estas acciones fueron habilitando el encuentro con otros proyectos y programas, articulando, intercambiando y potenciando aspectos que permitieran un abordaje con elementos más integrales y menos medicalizados. Se van fortaleciendo así, los lazos entre los distintos dispositivos que son parte del campo de salud mental, aunque no existan aún dibujadas las líneas que entretujan los recursos disponibles. Se asume que, sin una integralidad de los abordajes, no es posible atender el problema del desempleo o de la desocupación de una persona, si no se dan los criterios de apoyo y seguimiento en aquellas dimensiones de la vida cotidiana que obstaculizan la inserción y sobre todo el mantenimiento de un empleo relativamente estable. Las condiciones de existencia, la pobreza asociada a la enfermedad mental o, dicho de otra manera, la enfermedad mental en la pobreza, genera en las personas (además de lo que implica las situaciones de privación de la pobreza en general) una retroalimentación negativa en cuanto a los espacios de circulación social. La tendencia a la segregación residencial y a habitar solo el espacio casa/cuarto/sala, condiciona fuertemente el impulso a la movilidad, al traslado, a la búsqueda de otros espacios, parecería ser que se diera una reproducción interna del encierro en cada uno de sus cuerpos.

En relación al abordaje de la temática de la preparación (entrenamiento) para el mundo del trabajo (es decir, lo que refiere a los procesos de aprendizaje y entrenamiento para la búsqueda y la preparación para esas instancias formales de los diferentes pasos que conlleva lograr una inserción laboral) se trabajó en dos líneas claras de acción: una, que transversalizó el trabajo grupal e individual, fue la posibilidad y luego el acuerdo de que los pasantes formaran parte del programa piloto: Empleo con Apoyo que se ejecuta conjuntamente desde el Programa Nacional de la Discapacidad (Pronadis) funcionando en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (Mides) y Facultad de Psicología de la Udelar. Con respecto a este programa en particular, se realizaron coordinaciones, derivaciones y seguimiento en los diferentes momentos de este proceso. Es decir, se

acompañó en los procedimientos para la «gestión de los riesgos sociales» que la categoría de “discapacitado” imprime en la persona. Este aspecto, particulariza la intervención, teniendo que trabajar con los usuarios/trabajadores pasantes del proyecto, la idea de la enfermedad mental como discapacidad. Para varios de ellos, la noción de discapacidad les resultaba ajena, no se lograban identificar con ser una persona con discapacidad, aunque sí tuvieran consciencia de su enfermedad mental. Lo que habita en el imaginario de algunos, se contrapone a autoperibirse como discapacitado. Salvo aquellos pasantes cuyas trayectorias estuvieron fuertemente vinculadas a largos períodos de internación, o aquellos otros que por sus redes vinculares o institucionales habían accedido a ser beneficiarios de la pensión por discapacidad.

Este punto habilita a pensar desde qué lugares se accede a los recursos socialmente disponibles para esta población particular. Este dispositivo, dentro de este programa oficial contemplaba la discapacidad desde sus diversas dimensiones. Por ejemplo, se ejecutaban proyectos para personas de baja o nula visión, personas con discapacidad motriz, etc. Pero cuando se trata de sufrimiento psíquico las estrategias de intermediación laboral y selección se complejizan, generando mayores expectativas que respuestas. El marco jurídico habilitante (Ley 16.736 del artículo 768 y Ley 17.216 del decreto 431/99) para la inscripción en este programa comprende todos los tipos de discapacidad que puedan ser evaluados (periciados) por la CHPD (Comisión Honoraria para la Discapacidad) generando un registro único. Los usuarios, entonces, deben recorrer el camino del registro, que implica nuevas pericias, que les refuercen que son esquizofrénicos, por ejemplo, que den cuenta del grado de discapacidad, para después, con ese número, poder anotarse, registrarse, postularse a los llamados donde, desde el marco jurídico, le otorgue cuotas (porcentajes) para tareas a ser realizadas por personas con discapacidad, o para formar parte de la «bolsa de trabajo» de esa institución. Resulta paródico, pero en el mundo de los “inhabilitados sociales” también parece regir la ley de la competencia y del más apto; desde el punto de vista de las capacidades transversales y sociales, quien mejor las haya podido integrar será el más adecuado para el desempeño de las actividades económicamente productivas. Tareas que, su vez, son parte de las categorías de empleo con menor calificación y, por ende, con menor retribución económica.

Paradójico o no, parece demostrar que la competitividad económica penetra el tejido social y las tramas institucionales hasta en los grupos más desfavorecidos,

atribuyendo las mismas categorías de riegos a poblaciones sumamente heterogéneas; y moldea a su vez los discursos técnico-científicos para generar acciones que no corresponden correctamente a la resolución del problema, sino al uso de lo que hay disponible en el «mercado de los recursos sociales». Por ejemplo, a pesar de que este dispositivo no se considerara el más adecuado a las complejidades de las personas con TSMP, se concretó la inscripción y derivación de la casi totalidad del grupo (de un total de 12 pasantes en el 2014, 10 lograron completar el formulario, previo registro en la CHPD).

Desde el punto de vista de las subjetividades, este conjunto de movimientos, redundó en aprendizajes claros con respecto a la autopercepción y las concepciones que el orden social establece sobre quienes padecen de sufrimiento psíquico. Se logró problematizar este aspecto, siendo muy movilizador para el grupo de pasantes e introduciendo una línea de trabajo que no había sido contemplada en la planificación.

La otra línea de intervención en relación al mundo del trabajo es la ejecutada a partir del contacto, coordinación y articulación con uno de los programas de la Dirección Nacional de Empleo (Dinae), en los Servicios Público de Empleo (SPE). Con este servicio se estableció una demanda para la realización de talleres de orientación laboral y derechos laborales, con la consecutiva derivación a los Centros Públicos de Empleo (CEPE). Se realizaron acuerdos con técnicos de dicho programa para que los usuarios/trabajadores pasantes pudieran ser integrados al componente focalizado que se ejecuta desde este programa (Programa Objetivo Empleo, POE).⁶

Esta dimensión de la práctica, permitió “capitalizar” estos recursos disponibles generando sinérgicamente distintos niveles de apropiación de esa parte de la propiedad social. Por un lado, la posibilidad de participar en talleres específicos, pensados e implementados para las características particulares del grupo con el que trabajábamos. Por otro, el acceso a entrevistas de intermediación laboral, en ámbitos no psiquiatrizados, propició un enlace que favoreció la participación en espacios menos medicalizados y más “normalizados” del espacio social. En virtud de esta propuesta, se

⁶ Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (2011). *Programa Objetivo Empleo*. Recuperado de <http://www.mtss.gub.uy/documents/11515/306549fd-8164-442b-8455-caf18c0efa2b>

habilitó el repaso de la historia laboral o curricular de cada uno de los participantes, estimulando el recordar y el resignificar las experiencias positivas. Abrió la puerta para potenciar lo realizado y lo experimentado como parte de ellos mismos, como componente también de esa otra parte de sus vidas que no es solo el ser un “enfermo mental”. Hasta aquí, se ha intentado exponer, en líneas generales, de lo que se considerara más sustancial de la experiencia realizada en el área de inserción laboral del campo de la salud/enfermedad mental, con un enfoque desde la mirada de nuestra disciplina profesional. Para cerrar este punto de exposición, es oportuno señalar que el proyecto culminó en marzo de 2015 y que no se cuenta con datos de evaluación de impacto ni de los seguimientos (sistematizados) de los que realizaron la pasantía tanto en el 2013 como en el 2014.

Conclusiones

A modo de conclusiones retomo aquí algunas de las preguntas planteadas como guías del análisis, para trazar ciertas reflexiones con respecto a lo que se ha expuesto, interrelacionando la experiencia de trabajo presentada he intentado vincular lo particular y específico de la intervención desde el trabajo social.

Se asume que la problemática aquí tratada pertenece a un campo de conocimiento y de prácticas históricamente condicionadas por el lugar que han ocupado las personas con sufrimiento psíquico en el tratamiento social, cultural, filosófico y técnico-disciplinar que cada momento histórico ha construido con sus instituciones de salud, asistencia, protección y control social. Campo que, actualmente, en nuestro país, atraviesa una serie de transformaciones, con sus avances y sus estancamientos. Por ejemplo, la presentación del anteproyecto de salud mental y derechos humanos en el parlamento nacional el pasado año, permite pensar en que se logren ciertas transformaciones y compromisos políticos para revertir las condiciones de injusticia social, de pobreza y desafiliación en que se encuentran muchos de los pacientes/usuarios/trabajadores sin trabajo categorizados como personas con TMSP. Los movimientos de defensa de los derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico vienen denunciando y proponiendo desde la apertura democrática hasta nuestros días la necesidad de mayor compromiso social por parte de los gobiernos, para acelerar y profundizar los cambios en los dispositivos de atención.

En el conjunto de los cambios posibles, se inscribe entonces, la inclusión social a través del empleo/trabajo para esta población. El despliegue de dispositivos de trabajo protegido, como las pasantías laborales, el empleo con apoyo, la inclusión en programas focalizados de empleo (como los mencionados en los capítulos anteriores) pueden colaborar en este sentido, en la medida que se multipliquen las experiencias y se coordinen y ejecuten desde programas oficiales; con el compromiso técnico y político necesarios, que le confieran legitimidad y contribuyan a la transformación de las condiciones de vida y del imaginario social en relación a esta población. Podemos considerar entonces, a partir de la hipótesis planteada aquí, que la relocalización de estos dispositivos de reinserción laboral, en ámbitos y estructuras propias combinadas del campo de la salud mental y del empleo, actuando intersectorialmente y con un abordaje integral de las trayectorias individuales, facilitan la inclusión y favorecerán mejores procesos de integración social. Por otra parte, si asumimos que se está dentro de un modelo que prioriza la rehabilitación, habrá que comprender el alcance que este modelo tiene y si es aplicable a todas las personas con sufrimiento psíquico. Para rehabilitar, para “volver a habilitar” a alguien, es necesario que, en algún otro momento, haya estado “habilitado”. Comprender, entonces, sobre que determinaciones societales (institucionales, familiares, comunitarias) se puede intervenir para incidir favorablemente parecería ser una de las dimensiones específicas de la tarea del trabajador social en este campo combinado de sectores de la política social.

Para delinear lo que respecta a la intervención desde el trabajo social, retomo uno de los aspectos que considero, puede ser relevante para visualizar una de las particularidades del trabajo social en el campo de lo mental, en lo que respecta a la experiencia de trabajo presentada. Por un lado, porque desde el centro de rehabilitación, hasta ese momento (si bien había habido algunas experiencias de inserción de trabajadores sociales en algún periodo concreto) no se había integrado la figura del trabajador social a las intervenciones los equipos y los tratamientos. El que se haya integrado nuestra disciplina fue parte de los requisitos formales que se establecían en las bases del llamado. Hago esta precisión, porque de alguna manera imprimió en la práctica y en el conjunto de las acciones emprendidas una necesidad de definición, redefinición y encuadre tanto para la organización, como para el equipo y sobre todo para mí en el desafío de ejecutar esta tarea. Esta dimensión, estableció de cierta manera los límites y los alcances de lo que era posible hacer, de las competencias de cada

campo profesional, de las subjetividades y de los conflictos entre las miradas y enfoques. Sin lugar a dudas que ese aprendizaje, durante el proceso desarrollado fue habilitando la reorientación de los lineamientos desde una concepción mayoritariamente clínica hacia formas más cercanas a lo comunitario y lo social. Otro elemento de esta delimitación es lo que históricamente se ha constituido en la intervención del trabajo social en este campo, asociado al modelo asilar y profundizado por el encuadre del lugar donde se desarrollaba la experiencia. En el imaginario de los usuarios/trabajadores pasantes y en el de sus grupos de convivencia esta asociación quedaba claramente en evidencia a partir de las demandas concretas de prestaciones sociales o resolución de cuestiones administrativo-burocráticas. En este sentido se trabajó en deconstruir esa demanda en un objeto de intervención diferente, por ejemplo, facilitando información sobre las gestiones, pero sobre todo trabajando en el marco de derechos a los cuales podían inscribir y efectivizar. Pero, no solo los usuarios/trabajadores pasantes generaban estas demandas, porque de alguna manera están implícitas, sino que también desde el equipo, y, por qué no decirlo, desde la propia práctica se asimilaban como parte de la tarea adjudicada. Por lo tanto, se identificaron en este proceso diversas necesidades de ser abordadas desde el proyecto, aunque no sean consideradas del ámbito de intervención desde los dispositivos de empleo que atienden los problemas de inserción sin particularización de este campo. En esto se da también otro punto necesario de analizar y descomponer. Esto es, con respecto a las competencias de cada dispositivo actuante en la situación particular de cada uno de los pasantes/usuarios/trabajadores.

Específicamente se planteaba a la interna del equipo las siguientes problematizaciones: ¿a quién le competía el seguimiento en salud (en su dimensión psiquiátricamente medicalizada) por ejemplo consultas con psiquiatra y otros especialistas, los análisis de sangre, administración de los inyectables, el retiro de medicación y la constatación de que estuviera siendo continuado el tratamiento farmacológico, entre otros? ¿Al proyecto de pasantía laboral o al centro diurno de referencia? ¿A quién le correspondía ejecutar las solicitudes necesarias para la prestación de la protección social básica, por ejemplo, la gestión de la pensión por discapacidad o invalidez, la partida especial para alimentación en casos de población de riesgo nutricional, etc.? ¿A quién le correspondía la gestión de una vivienda digna para el núcleo familiar del pasante? ¿A quién le correspondía la gestión del carné de libre tránsito para personas con discapacidad,

llamado en el lenguaje popular, pase libre?⁷ Con respecto a estas interrogantes cabe asumir una mirada de los procesos integrales pero que muchas veces son fragmentados desde los dispositivos que atienden una dimensión específica de la problemática, abordando solo una de las manifestaciones del fenómeno de la realidad del sujeto. Esta problematización surge ligada mayoritariamente a la tarea del trabajador social del proyecto. ¿Por qué? ¿Cuál era la tarea, el hacer desde el trabajo social para que el proceso de aprendizaje se sostuviera de manera que lograran acceder a los recursos disponibles socialmente, a la efectivización de sus derechos como persona humana y, a la vez, que contribuyera a la construcción de nuevas subjetividades de los usuarios/trabajadores pasantes del proyecto? Dar respuestas a estas interrogantes plantea la necesidad de la reflexión acerca de lo que implica la organización social del trabajo, el lugar que ocupan las personas desocupadas, desempleadas que además y categóricamente, son concebidas desde la medicalización. Tal vez, integrando el lugar desde donde se puede trabajar en los ámbitos institucionales/institucionalizados, pero también y sobre todo en su dimensión instituyente.

Se considera, entonces, que la profesión tiene desde las herramientas teórico-conceptuales y el encuadre ético hacia la dimensión de la dignidad humana, un papel a desempeñar en los procesos de inclusión e integración de las personas con sufrimiento psíquico. Desde la dimensión operativa, la construcción de nuevas líneas de conexión entre los dispositivos y a la interna de su entramado, posibilita pensar que se pueden redibujar ciertos aspectos vinculados, sobre todo, a la concepción y la construcción de las identidades de las personas que se encuentran habitando estas tramas de significados. La construcción simbólica del otro y la comprensión de las estructuras sociales donde se inscribe en el orden social puede colaborar en ese corrimiento de lugares, para habitar/habilitar mayores posibilidades de inclusión.

A su vez, dada la coyuntura actual de políticas sociales, de la matriz de protección social, y de un modelo de atención en salud mental con mayor tendencia a la apertura hacia lo comunitario y social, se abren espacios de intervención desde donde actuar en el ejercicio de la profesión, colaborando en las transformaciones necesarias y propiciando nuevas problematizaciones teórico-conceptuales, metodológicas y

⁷ <http://www.montevideo.gub.uy/tramites-y-tributos/solicitud/carne-de-libre-transito-para-personas-con-discapacidad>

operativas. El trabajo social profesional imprime su especificidad en la comprensión crítica de la realidad histórica del sujeto. En las concepciones de ese ser histórico que se construye en virtud de las determinaciones sociales y las mediaciones que lo ubican en un determinado espacio del orden social.

Con estas construcciones, estas identidades, el sujeto, se va permeando de lo que es posible de ser practicado, de ser transformado en praxis, de generar, autogenerar conocimiento del mundo. Parte de lo que podemos significar en el otro, desde nuestra praxis profesional, es devolverle (en el respeto a su dignidad humana) la condición de hombre que crea su mundo, transformándolo, conociéndolo. De devolverle su condición de persona con capacidad de autogenerarse las condiciones de existencia. Es decir, devolverles a esos trabajadores sin trabajo medicalizados (desde el modelo centrado en el poder psiquiátrico y hegemónico) su identidad como trabajadores. Se considera oportuno y pertinente, a la vez que necesario, tener presente las posibilidades de subjetivación que cada persona podrá desarrollar, de acuerdo a sus capacidades, fortalezas, dolores e historias de vida. Trabajar con el otro en la construcción de nuevas formas de subjetivación, particulariza y delimita también nuestro campo profesional, en la medida que integra la estructura social y el lugar del sujeto en la división social del trabajo. Retomar las trayectorias, los momentos habilitados de su historia de vida, conocer sus proyecciones y acercarlo a la trama donde se juegan los espacios socialmente legitimados, posiblemente aporte al fortalecimiento de su individualidad y de su autopercepción como sujeto de derecho. Acompañar y sostener los procesos en que cada sujeto logra tomar y formar parte de lo que le corresponde, es una tarea particularmente desafiante, pero sobre todo que convoca a la reflexión acerca de cómo podemos intervenir en estas realidades. Intentar entender cuáles son las formas en que funcionamos normalmente en sociedad, plantear problematizaciones a esa construcción de normalidad; integrando a los discursos y las acciones el lugar que ese otro ocupa en la inscripción a este orden social que sobrevalora los logros individuales y la competencia, las reglas del mercado, el dominio del capital, repercutiendo, reforzando y promoviendo la segregación y exclusión de quienes no logran inscribirse en estas lógicas.

Integrar en el encuentro cotidiano, en el vínculo (que nos permite trabajar y sostener el encuadre técnico) la sensibilidad necesaria para considerar el dolor del otro y hacerlo parte de las decisiones que respectan a su vida.

Entonces, sería resignificante, provocador de lo nuevo, estimulante y gran desafío para la profesión; el poder imaginar lo nuevo, en el sentido que le da Castoriadis (2007) esa dimensión en donde habitan los significados y las imágenes de lo que es posible ser pensado. Imaginar, reinventar, innovar y provocar desde la capacidad creativa en el conocimiento técnico-profesional crítico, espacios donde ese otro imaginado y sentido, conocido y comprendido desde su carácter de ser histórico, que pueda tener un espacio de inscripción en el orden social que no sea en los bordes ni en los contornos marginados, periféricos de la construcción colectiva de lo social.

En relación a la construcción de las identidades sociales, en la medida que se estimule y se promueva la producción de identidades más saludables, con mayores grados de autonomía hacia la integración de su estatuto como ciudadano en el ejercicio más pleno de sus derechos, se podrá arribar a mayores niveles de justicia social, acceso, integración y calidad de vida de las personas con sufrimiento psíquico.

Si nos permitimos, entonces imaginar, crear nuevos mundos simbólicos que confieran legitimidad a cada uno de los sujetos históricos, concretos en sus dolores, construyendo sus trayectorias, sus lapsos de vida antes de enfermar, tal vez podamos amortiguar en el cotidiano/trabajo lo devastador de la subjetividad que implica el ser enfermo.

Retrazar los recorridos, contextualizando al otro en su realidad y sus posibilidades presentes, desmedicalizar las concepciones del sujeto que sufre psíquicamente, integrando sus elementos y generando modificaciones en los encuadres cotidianos, en los procesos de construcción de nuevos dispositivos, en la mirada que se da desde las instituciones, aunque sea desde los micro espacios, desde los saberes dispersos, se estaría aportando a una posible modificación del estatuto de “enfermo mental”.

Referencias bibliográficas

Adasu. (2013). *Reglamentación del trabajo social uruguayo*. Recuperado de <http://www.adasu.org/prod/1/494/Anteproyecto.de.Ley.de.Reglamentacion.profesional>

Adasu.. *Código de ética profesional del servicio social o trabajo social en el Uruguay*. Recuperado de http://www.adasu.org/noticia.php?id_prod=46&id_cat=5&prod=CODIGO%20DE%20ETICA

Asamblea instituyente por la salud mental, desmanicomilalización y vida digna. (2015). *Anteproyecto de ley de salud mental y derechos humanos de la ROU*. Recuperado de http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/p/blog-page_25.html

Barran, J. (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos: Tomo I: El poder de curar*. Montevideo, Uruguay: Banda Oriental.

Bentura, C. y Mitjavila. M. (2012). *Sobre los dispositivos postmanicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya*. Recuperado de http://www.13snhct.sbhc.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf

Bordelois, I. (2009). *A la escucha del cuerpo: Puentes entre la salud y las palabras*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.

Casarotti, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71 (2), 153-163.

Castel, R. (1980). *El orden Psiquiátrico; la edad de oro del alienismo*. Madrid, España: Ediciones de la Piqueta.

Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos sociales; de la antipsiquiatría al postanálisis*. Barcelona, España: Anagrama.

Castel, R. (1999). *Las metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Castel, R. (2004). *La Inseguridad Social, ¿qué es estar protegido?* Buenos Aires, Argentina: Manantial.

- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres: Trabajo, Protecciones, Estatuto del Individuo*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de la Cultura Económica.
- Castoriadis, C.(2007) *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires. Tusquets Editores
- Castotiadis,C.(1990)*El mundo fragmentado*. Montevideo Editorial Nordan-Comunidad
- Centro Dr. A. Martínez Visca. (2014). *Presentación programa Arrayan: Presentación del programa Nacional de vivienda y autonomía para personas con TMSP*. Recuperado de <http://centromartinezvisca.org.uy/programa-arrayan-diciembre-2014>
- Del Castillo, R. (2011). Cuando la clínica deviene cooperativa. *Revista de la CPU: psicólogos*, 11 (229), 24-25.
- Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83-96.
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. Buenos Aires, Argentina: FCE.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires, Argentina: Altamira.
- Fouclault, M. (2007). *Los Anormales*. Buenos Aires, Argentina: FCE.
- Guinsberg, E. (2004). *La salud mental en el neoliberalismo*. México: Plaza y Valdez.
- Katzembach, J. (2012). *La historia del loco*. Barcelona, España: Zeta.
- Kosik, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto: Estudios sobre los problemas del hombre y del Mundo*. Recuperado de www.abezetza.com/minista.eu/images/liburu-PDF/garrantzitzuak/dialecticadeloconcreto.pdf
- Matrajt, M. (1996). Paradigmas en salud mental y trabajo. *Trabajo y empleo: un abordaje interdisciplinario* (pp. 179-218). Buenos Aires, Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

- Méndez E. (1984). Relaciones sociales de cura y control. *Revista paraguaya de Sociología*, 21 (61), 153-171.
- Ministerio de Salud Pública. (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (2011). *Programa Objetivo Empleo*. Recuperado de <http://www.mtss.gub.uy/documents/11515/306549fd-8164-442b-8455-caf18c0efa2b>
- Mitjavila, M. (1992). Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización. *Cuadernos del CLAEH*, 17 (62), 37-46.
- Mitjavila, M. y Fernández, E. (1998). *Factores sociales, salud y enfermedad; en Introducción a la Medicina familiar*. Montevideo, Uruguay: Udelar.
- Novella, E. (2008). Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Frenia*, 8, 9-32.
- Pérez, R. y De León, N. (2013). Demencias, salud mental y exclusión social. *Salud mental en debate, pasado presente y futuro de las políticas de salud mental (Art. 2)*.
- Poder Legislativo. (1996). *Ley N° 16.736*. Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=16736&Anchor=>
- Poder Legislativo. (1999). *Ley N° 17.216*. Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17216&Anchor=>
- Pugliese, L. (2015). *Características de beneficiarios de asistencia alimentaria en base a información de la ELPS*. Recuperado de <http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/59280/1/comentarios-de-seguridad-social-enero-2016.pdf>
- Rebelatto, ...la encrucijada de la ética.
- Rodriguez, J. (2007). La atención de Salud Mental de América latina y el Caribe. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71 (2), 117-124.

Trillo, S. y De Brum, P. (2014). *Intercentros. Guía de Centros de Rehabilitación Psicosocial*. Recuperado de http://www.psicologos.org.uy/documentos11/20110617_guia_centros_rehab.pdf