Eje Temático: Políticas Públicas y Marco Legal

Investigación

BENEDETTI, Liza María DNI 35.121.248

Licenciada en Trabajo Social. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (Paraná, Entre Ríos) – Facultad de Trabajo Social - Universidad Nacional de Entre Ríos.

E- mail: [lizabenedettimochi@hotmail.com](mailto:lizabenedettimochi@hotmail.com)

KENDZIUR, María DNI 35.175.495

Licenciada en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social - Universidad Nacional de Entre Ríos.

CONICET/CITER

e-mail: [mariakendziur@hotmail.com](mailto:mariakendziur@hotmail.com)

**“Interfaces entre Salud Mental y Discapacidad. Experiencias narradas por usuarias”**

Palabras Claves: Salud Mental, Discapacidad, Políticas Públicas.

*Introducción*

La presente ponencia es un fragmento de una investigación cuya particularidad reside en haber sido nuestra tesina de grado, esto es, un momento de conclusión de un proceso mucho más amplio referido a nuestra formación profesional, pero también de apertura a nuevas experiencias y desafíos ligadas a una inminente inserción al ámbito de ejercicio profesional del Trabajo Social.

El objetivo propuesto fue el de conocer las narrativas de mujeres que transitan la experiencia de la “locura” y realizar una reconstrucción de sus Itinerarios Terapéuticos en Salud Mental; buscando comprender las formas de ver, ser, actuar y estar de la mujer en los procesos de salud/ enfermedad/ atención/ cuidados en Salud Mental a través de sus relatos. Para llevar adelante tal propósito realizamos entrevistas a siete mujeres usuarias de Servicios Públicos de Salud Mental de Paraná (Entre Ríos) y de la ciudad de Santa Fe (Santa Fe) realizadas durante el año 2013.

Nuestro interés radicó, entonces, en poder retomar las voces de las propias mujeres, poder interpretar cómo estas significan sus experiencias, queriendo con esto aportar un conocimiento en el que la fuente empírica principal sea la palabra del actor. En este sentido es que nuestra apuesta metodológica tuvo sus raíces en las narraciones autobiográficas, las cuales, siguiendo a Alicia Lindón (1999), implican un acceso a la experiencia vivida por los sujetos a partir de sus propias significaciones, es decir, desde su versión de vivencias de acciones ya pasadas. Además, el trabajo con las narrativas de mujeres supone un esfuerzo por realizar una comprensión del contexto más amplio donde esas historias se desarrollan y cobran sentido, para poder comprender por qué las mismas dicen lo que dicen y cómo lo dicen. Las narraciones son *significativas socialmente*, “[…] se trata de un discurso construido sobre un conjunto de saberes compartidos. En esta concepción de lo biográfico el individuo sólo cabe como expresión singular de lo social” (LINDÓN, A. 1999: 300).

El haber accedido al universo discursivo de las mujeres entrevistadas nos brindó pistas para reflexionar acerca del carácter complejo, contradictorio, dilemático y heterogéneo del campo de la Salud Mental donde encontramos diversas perspectivas y actores, dentro de los cuales el Estado juega un rol preponderante. En este escenario se llevan adelante prácticas que construyen sujetos hacia los cuales se dirige un tipo de intervención particular. En esta construcción se condensan y mezclan diversos paradigmas, culturas y modos de percepción del otro que dotan a éste de un conjunto de atributos que pueden potenciarlo o estigmatizarlo, lo que influye en los diversos procesos de configuración de subjetividades particulares.

Para esta presentación retomaremos algunos hallazgos y algunas reflexiones que surgieron en torno a las Políticas Sociales y su vinculación con la configuración de las distintas subjetividades, en donde aparece con fuerza la idea de Discapacidad asociada directamente al reconocimiento del Estado. Nos proponemos, entonces, exponer un análisis de las políticas “desde abajo” (SHORE, C. 2010), a partir de ver cómo las personas las viven, las sienten y significan, esto es, comprender qué quieren decir para las mujeres las políticas que atraviesan su vida cotidiana y ver cómo viven subjetivamente esa experiencia, donde se articula el mundo simbólico emocional con el plano experiencial.

Sobre este punto, y en términos generales, nos encontramos con relatos de Itinerarios Terapéuticos de mujeres en donde los múltiples atravesamientos reconocidos por ellas las posicionan en circuitos complejos en donde se refuerzan los estigmas y estereotipos propios de las categorías de locura, mujer y pobreza, pero donde además se plantean posibilidades que tienen que ver con la sanación, con la sobrevivencia y el reconocimiento.

A continuación desarrollaremos de forma más detenida las ideas expuestas, buscando con ello contribuir al debate del Campo de la Salud Mental y la Discapacidad, deteniéndonos particularmente en aspectos que refieren a los modos de nombrar(se) de las mujeres, donde confluyen diversas concepciones a partir de las cuales se (re)producen prácticas, intervenciones y políticas destinadas al sector.

***Salud Mental y Discapacidad: algunos cruces posibles.***

En este apartado nos proponemos llevar adelante algunas reflexiones que surgieron en torno a las Políticas Sociales, específicamente aquellas destinadas a la Discapacidad. El concepto de discapacidad emergió en algunos relatos de las mujeres asociado directamente al reconocimiento del Estado. Nos proponemos, entonces, realizar un análisis de las políticas “desde abajo”[[1]](#footnote-1), a partir de ver cómo las personas las viven, las sienten y la significan; comprender qué quieren decir para las mujeres las políticas que atraviesan su vida cotidiana y ver cómo viven subjetivamente esa experiencia, donde se articula el mundo simbólico emocional con el plano experiencial. Consideramos que “las políticas están profundamente implicadas en la manera como nos construimos como individuos y como sujetos. Para decirlo de otro modo, uno de los aspectos más importantes de la formulación de las políticas públicas es la forma en que éstas construyen nuevas categorías de subjetividad y nuevos tipos de sujetos políticos (…) Las políticas no simplemente asignan identidades particulares a individuos y grupos específicos; construyen activamente esas identidades. ” (SHORE, C. 2010:36) Así, el trabajo que realizamos a partir de las narrativas de las mujeres usuarias de servicios de Salud Mental -donde se reconocen y son reconocidas como “discapacitadas”- nos posibilitó formular interrogantes en torno al tipo de subjetividades que configuran las políticas estatales en los complejos entrecruzamientos entre Discapacidad y Salud Mental. Partimos de suponer, entonces, que la dialéctica entre los modos en que las mujeres se reconocen a sí mismas y los modos en que son reconocidas a lo largo de sus Itinerarios Terapéuticos configuran subjetividades que interpelan -a la vez que definen desafíos- a las fronteras entre el campo de la Discapacidad y Locura.

El punto de partida, como decíamos, son las Políticas Sociales. La totalidad de las mujeres entrevistadas refirió que percibía la Pensión Nacional no Contributiva (PNC), algunas contraprestaban servicios a través del PROMOVER[[2]](#footnote-2) y otras cuentan con los pases libres urbanos de transporte[[3]](#footnote-3). Ahora bien, encontramos que para el acceso a estas políticas uno de los requisitos que aparece como excluyente es que los beneficiarios deben ser reconocidos como discapacitados. En el caso de la PNC[[4]](#footnote-4), puede ser otorgada por vejez, por discapacidad o a madres de 7 o más hijos. En los casos de las mujeres entrevistadas sabemos que la puerta de entrada fue la segunda de las categorías ya que ninguna de ellas tiene más de 70 años ni más de 7 hijos. De esta manera, las mujeres son doblemente clasificadas, primero como locas, por transitar por circuitos asistenciales de Salud Mental, por no ajustarse a las normas, y ahora como discapacitadas, donde es el Estado quien nuevamente reconoce esa diferencia y la nombra.

“Las políticas dirigidas a los discapacitados, como toda política crea un tipo de sujeto destinatario de las mismas, y al hacerlo deviene en dispositivo que construye a la discapacidad como categoría asignándole identidad” (ROSATO, Ana. 2013:43). Esta cuestión aparece muchas veces solapada, lo vemos claramente en el relato de Gloria, por ejemplo, la cual dicta un taller de plástica en el Hospital como contraprestación por percibir el PROMOVER,

G: *A mí me pagan un sueldo como persona discapacitada, o sea a mí el Estado me emplea como prestadora de un servicio y como discapacitada…O sea, yo creo que al Estado no le interesa tampoco si yo estoy discapacitada, incapacitada, o sea le presto un servicio, me lo paga y listo…* (Gloria 30/04/13)

Sin embargo, advertimos a la vez, cómo Gloria pone en tensión esa asignación de identidad y logra correrse de ese lugar, donde se posiciona y se presenta ante nosotras como trabajadora, haciendo hincapié en que es una prestadora de un servicio.

Por otro lado, quisiéramos recuperar que en cada uno de los momentos en los que las mujeres hacen referencia a las políticas, *“la pensión, el pase, el PROMOVER*”, refieren que han accedido al beneficio a través de la institución que tienen como referencia. En este punto, observamos que no sólo entran en juego los Trabajadores Sociales, en tanto actores privilegiados para la gestión de políticas, sino que el campo se extiende a los médicos, los psicólogos, enfermeros u otros integrantes del equipo de salud:

E: *¿Hace mucho estas cobrado la pensión? L: -duda- El año pasado, no me acuerdo si este año, me salió cuando estaba internada, hace como 6 meses que dejé la internación y no me acuerdo muy bien cuando empecé a cobrar.* (Laura 13/09/12)

*“Me van a avisar cuando salga desde acá. Y todo lo que voy arreglando de mi casa también lo voy dejando acá, para cuando el día de mañana mi hermana me pida la casa, yo le voy dejando todo a la Asistente Social de acá…”* (Laura 13/09/12)

*“Yo tenía un plan, viste, para no estar sin hacer nada. La doctora me hizo dar un plan, en ese tiempo no daban tanto, yo igual me anoté, yo quiero uno, decía, yo quiero trabajar… y me anoté y me lo dieron, así que estuve de limpieza acá arriba, estaba mejor, más joven, viste…” (*Verónica 05/05/13)

*“No, ahora en julio me dijo la doctora que sale… me hicieron los trámites en el Hospital…”* (Ana 12/06/13)

Aparece el Hospital, sus agentes estatales, reproduciendo una forma particular de entender la problemática, generando circuitos diferenciados[[5]](#footnote-5). Una vez delimitadas las fronteras sólo basta con sortear los obstáculos y transitar los caminos delimitados para acceder al beneficio. Pero ¿cómo se llega a ser discapacitado?, ¿quiénes están habilitados para certificar esta condición?, ¿a través de qué instrumento?, y sobre todo ¿cuáles son los beneficios que traerían aparejados entrar en esta clasificación? Las mujeres coinciden en expresar que el haber accedido a la PNC o tener el pase libre urbano de transporte les ha dado la posibilidad de más elección, de mayores grados de autonomía podríamos decir. En este sentido, Analía expresa respecto de la PNC que *son todas cosas positivas las que le brindó*. Refiere *no tener más que elogios para esa Pensión, ya que le ha permitido acceder a poder realmente sustentarse sola*. Y continúa, *en este momento no estoy para eso* [refiriéndose a sus trabajos como cosmetóloga], *realmente me siento muy bien con todas las actividades que hago, percibo la pensión por discapacidad que también me ayuda y, digamos, que me da la posibilidad de más elección*.

Para Verónica, también, el Pase Libre de transporte significó la posibilidad, durante su internación, de continuar frecuentando sus circuitos cotidianos “(…) *no tenía problemas, si me quería ir me iba, si me quería venir me venía. Por eso viste, era el tiempo en que yo trabajaba y podía salir. Tenía el pase libre para salir*”.

En los contextos trabajados, que pueden definirse, muchas veces como contextos de pobreza, *yo se remendar y… se generar recursos, todo se. Se generar recursos, se remendar pero es como que... cuando uno es pobre… cuando las personas somos pobres tenemos recursos desde lo pobre que somos* (Gloria 03/06/13), el acceso a las políticas puede leerse como un beneficio secundario que trae aparejado el malestar; es decir, se obtiene algún beneficio respecto de una situación que a priori aparecía como desventajosa. La mayoría de las políticas analizadas condensan estas dos categorías (pobreza-discapacidad), así por ejemplo, “una política social que tenga como objetivo “paliar” los efectos de la “pobreza” y que contenga un ítem específico sobre la “discapacidad” produce, al mismo tiempo, el efecto de demarcación de un conjunto específico, los “discapacitados”, dentro del conjunto más general de “pobres”, constituyendo la categoría “pobres discapacitados” (ROSATO, Ana. 2013:45).

Volviendo a los interrogantes que nos planteábamos más arriba, específicamente en aquel que hace referencia a la acreditación de la discapacidad, no podemos dejar de mencionar el Certificado Único de Discapacidad (CUD), el cual se constituye en la llave maestra que abre las puertas hacia los beneficios y las prestaciones. El CUD es definido desde el discurso político administrativo como un documento público que permite el acceso al Sistema de Salud y a los beneficios instituidos por las normativas en discapacidad vigentes. Su trámite es voluntario y consta de una evaluación interdisciplinaria en la que los profesionales determinan, de acuerdo a la documentación presentada por el interesado, si se encuadra o no dentro de las normativas vigentes de certificación de discapacidad[[6]](#footnote-6).

El lugar protagónico y excluyente que tiene la certificación nos permiten formular interrogantes en relación de la “existencia” de la discapacidad antes de ser enunciada en un diagnóstico. Al respecto Rosato, Almeida y otros (2009) sostienen que “sólo existen algunas características del sujeto que pueden corresponderse –bajo la observación de una mirada experta y si existe un conocimiento que permite interpretarlo- con los signos y síntomas de un déficit. La identificación de esos signos y síntomas y el establecimiento de las correspondencias con una categoría nosográfica los materializa como discapacidad. Es decir: existe una estrecha relación entre lo visto y lo enunciable/enunciado que, una vez que es dicho, es producido como discapacidad (…) Es posible pensar entonces que la producción de discapacidad como materialidad es, en parte, una expresión del poder ejercido por el discurso médico” (ROSATO, A.; ALMEIDA, M. A. 2009:197)

Finalmente, y una vez realizado un recorrido por los relatos de Laura, Ana, Gloria, Verónica y Analía hemos podido reconstruir algunos aspectos de los complejos procesos que se dan en torno a las políticas, las certificaciones, las disputas de sentido por parte de ellas, las tensiones que proponen y las diferentes subjetividades que se van configurando al respecto. La subjetividad se constituye por lo individual y lo social, es un proceso, representa un sistema de sentidos subjetivos y sus configuraciones en movimiento, que se encuentran ligados de forma obligada al contexto y las formas y espacios de organización social. “La subjetividad nunca es expresión de la acción directa de una influencia externa, pues toda influencia externa adquiere sentido subjetivo a partir de sus múltiples efectos colaterales, los que se definen en la combinación de la experiencia con la configuración subjetiva del sujeto y del grupo social que se organiza en ese proceso…” (GONZALES REY, F. L.; 2011: 112).

Vimos hasta aquí múltiples ejemplos de estas configuraciones, formas singulares de dar sentido a diversas experiencias, donde aparece el Estado y fuertemente el discurso médico como elementos constitutivos de este proceso.

***“¿Qué me pasa a mí?, ¿estoy loca?”***

***Acerca de los modos de nombrar(se).***

Como vimos líneas arriba, en torno a la “locura” se dan complejos procesos de disputa de sentido, donde intervienen diversos actores y donde juegan un rol crucial los diagnósticos, en tanto productores de la verdad de la enfermedad (Foucault 2007). A partir de allí se van generando múltiples formas de nombrar el padecimiento, muchas de las cuales tienen que ver con los diagnósticos.

De esta manera, Analía en la primera entrevista se presentó diciendo: *el diagnóstico es bipolaridad*. Aparece, así, el diagnóstico como una carta de presentación, una característica que le brinda una identidad particular a Analía. Cuando nos habla de su diagnóstico refiere que *le ha dado tranquilidad poder ponerle nombre a eso que le pasaba*, después de haber consultado a muchos médicos, *cada uno de los cuales la clasificó de manera distinta*. Aun así, y si realizamos un recorrido por su relato, Analía nos habla con cierta disconformidad de su diagnóstico, expresa: *el diagnóstico es bipolaridad pero en realidad debo decir era*, deja entrever cómo no toma sólo clasificaciones impuestas por otros (médicos en este caso) sino que ella misma se va construyendo, apropiándose por momentos y dejando de lado otras veces, no como algo acabado sino como algo en movimiento.

En el caso de Mariana, la misma menciona que su internación tuvo lugar a partir de una *crisis de nervios* y Verónica, por su parte, cuando evoca los momentos de crisis o sus períodos de internación refiere: *quedé internada por problemas de nervios, de presión* o expresa haberse *enfermado de depresión*. En este caso particular, el reconocimiento de que “algo no andaba bien” es mencionado por la entrevistada, a partir de registrar ella misma cambios en su forma de ser, su cotidianidad,

*“yo estaba sentada y veía cómo la gente pasaba y pasaba, y decía: ¿qué me pasa a mí?, ¿estoy loca? Yo no hacía nada, estaba horas, y horas y horas sentada*” (Verónica 05/03/13).

Si leemos detenidamente el relato de Verónica podemos interpretar que es a partir de una primera consulta médica que la entrevistada empieza a nombrar su padecimiento como depresión. A su vez, los términos biomédicos son utilizados recurrentemente en la actualidad para justificar, por ejemplo, posibles ausencias en su asistencia al Hospital en donde realiza tratamiento ambulatorio.

También aparecen otros modos, que al igual que los anteriores encuentran sus raíces en la ciencia moderna, donde es recurrente la idea de equilibrio, norma, normalidad, frecuencia, entre otras. Así Analía manifiesta *no estar en un eje cien por ciento*, lo cual interpretamos contiene dentro de sí una idea de estabilidad plausible de ser alcanzada, que se vislumbra en la relación con otros y en su organización cotidiana. *Ahora tiene una ansiedad de sanación completa porque hay episodios todavía, son leves, pero hay episodios en los que tiene el resabio de una enfermedad mental* (Analía 16/07/13)

Los modos en que las mujeres se narran en la enfermedad nos aproximan a ver las múltiples formas en que esta experiencia “es representada y evocada, en la cual las ocurrencias de la misma poseen un orden coherente y significativo, donde actividades y eventos se describen por referencia al sentido que tienen para las personas involucradas” (IDOYAGA MOLINA, A. 2007:11) En este sentido, lo sustancial reside en que existen tantas formas de nombrar y nombrarse como relatos obtenidos, y que en cada uno de éstos aparecen formas diversas que se relacionan con los momentos narrados, los aspectos que las mujeres entrevistadas resaltan y los actores presentes en cada uno. Así, por ejemplo, Ana, al igual que Verónica, describe como síntoma el reconocimiento de algo que, según interpretamos, escapaba a su cotidianidad: “*desconocía a mis parientes*”, lo cual la lleva a una primera internación; ahora bien, en la actualidad, nombra su malestar a partir de la intervención de otros actores que desde lo jurídico la denuncian por *insanía mental*. Quisiéramos remarcar en este punto que, la manera en que responde ante nuestros interrogantes respecto de la internación nos da pistas para pensar que Ana no se nombra a sí misma como insana, sino que ésta es una forma de nombrar de otros que ella repite en tanto respuesta que justifica su estar allí.

Continuando, podemos ver cómo en los discursos aparecen categorías ligadas a la enfermedad, como enfermo mental, paciente psiquiátrico, etc., pero siempre haciendo referencia a un malestar y una búsqueda constante por calmar ese sufrimiento, “*Es muy difícil la problemática del paciente psiquiátrico, es sumamente difícil, porque el paciente psiquiátrico no sabe cómo se va a sentir ese día, es algo que es una sorpresa, o sea no sabe si va a estar depresivo, si va a estar efusivo, si va a estar desganado, con ira, con bronca, no se sabe, es una caja de sorpresas el enfermo psiquiátrico*” (Analía 24/04/13).

Resulta muy interesante poder ver cómo la forma de hablar de sí mismas presenta similitudes y singularidades en función del momento transitado, narrado por las mujeres. Así, el término locura aparece mencionado en el relato de Verónica cuando la misma describe su situación previa a la consulta médica y también lo referencia Gloria al narrarnos las experiencias que ella vincula a la producción de su malestar

*“(…) entonces él, con todo el drama que yo tenía con mi mamá, que estaba enferma de cáncer, él se iba a Concordia, me dejaba con los chicos, se iba a estar con ella y me quedaba sola con los tres chicos, y me quedaba enferma y loca dentro de casa*” (Gloria 03/06/13)

*“(…) O sea, es como que… siempre tenía cosas para decir de mí, siempre tenía quejas en relación a cómo me criaban mi papá y mi mamá: “que yo era una malcriada, una malenseñada, que no tenía disciplina, que lo que a mi se me anotojaba yo lo tenía, mientras que los hijos de ella no”, todas situaciones que terminan en envidia, en resentimiento… y una termina loca y hasta el día de hoy me hace mal, no quiero ver a nadie porque a mi me hace mal…”* (Gloria 03/06/13)

Las distintas formas en que las mujeres hablan de sí respecto a su malestar nos permite poder reflexionar sobre los significados que las mismas construyen y cómo a partir de allí se presentan, ver cómo hacen jugar en sus relatos diferentes actores, espacios y tiempos, percepciones que en definitiva hacen a la construcción de un relato singular, propio, único. Por otro lado, comprendemos que existe un interjuego en los sentidos que imprimen las mujeres en su relatos en donde por momentos hablan de sus experiencias particulares y se distinguen del conjunto, pero en algunos casos se describen en función de quienes comparten, por ejemplo, sus espacios y actividades dentro del Hospital

“*Lo que pasa es que acá hay gente que esta un poco mejor que la gente que esta en el Hospital internada, por ahí vienen algunos que están mal también pero yo estoy acostumbrada, estoy acostumbrada a toda esa gente de acá, hace años que vengo acá… Ya conozco a todos…”* (Verónica 05/03/13)

“*Porque ustedes se habrán dado cuenta que los enfermos no es que estamos –y me incluyo porque yo todavía no estoy dada de alta- todos dados vuelta… Hay personas con las cuales sí no se puede hablar, no se puede tener un vínculo, pero hay muchas otras que están en proceso y si se puede tener vínculo y el afecto y la compañía y el acordarse de ellos es muy importante…”* (Analía 16/07/13)

Gloria, por su parte, se incluye dentro de un colectivo de personas *que venimos al Hospital*, que tienen *trastornos de conducta o trastornos mentales*, *y algunas otras que somos demasiado sensibles y no sabemos defendernos del entorno*. (Gloria 30/04/13) Cómo se expuso en relación con las Políticas Sociales, también ésta entrevistada se incluye dentro del colectivo discapacitados en tanto categoría a la que se incorporan determinadas personas por medio del reconocimiento del Estado, tal como se trabajó en el apartado “Discapacidad y Salud Mental: algunos cruces posibles”. Pero también habla de sí en singular, cuando se significa como *delirante en un entorno violento*. Así, Gloria menciona a su malestar en función de un *entorno trágico*, de una sociedad que para ella es *horrible, espantosa* y a la cual critica, pero que al final “*uno se queda como se quedaba el Quijote peleando con los molinos de viento*” (Gloria 30/04/13)

Nos interesó, entonces, poder traer a colación algunas de las múltiples formas en que las mujeres hablan de sí, se definen en relación a su padecimiento y con esto reflexionar acerca de cómo se apropian o resisten ante las clasificaciones impuestas desde afuera. El hecho de que sean capaces de narrar sus propias historias nos da pistas más que claras de que no estamos ante vidas narradas solamente por otros (médicos, diagnósticos, políticas sociales, etc.), sino que estamos ante un proceso activo de construcción y disputa de significados.

***El mundo del trabajo pensado desde las políticas***

Del análisis respecto de la tensión Políticas Sociales- Salud Mental- Discapacidad se desprenden una serie de emergentes ineludibles de abordar en tanto refieren a la sustentación económica de y por parte de las propias mujeres. Como se explicó, la percepción de la PNC resulta incompatible con la realización de trabajos en relación de dependencia. Así una estrategia recurrente que recuperamos de los discursos es la de acceder al programa PROMOVER el cual es compatible con la percepción de dicha política.

“*Si, vamos a ir al San Martín, porque tengo mutual ahora, cobro la pensión nacional, ¿sabías vos? –Sí me comentaste. Y cobro el Promover también*”. (Laura 13/09/2012)

*“A mi me pagan un sueldo como persona discapacitada, o sea a mi el Estado me emplea como prestadora de un servicio y como discapacitada (…) a través del Programa PROMOVER y como discapacitada. O sea, yo creo que al Estado no le interesa tampoco si yo estoy discapacitada, incapacitada, o sea, le presto un servicio, me lo paga y listo”* (Gloria 30/04/13)

“*Pero yo me quería ir, ¿viste? Y me dieron un plan para trabajar acá en el Hospital. Y desde ahí yo trabajaba y le llevaba plata a los chicos (...)”* (Verónica 18/09/12)

Otra estrategia que adoptan es la de desempeñarse dentro de la economía informal. Analía actualmente trabaja como cuidadora de una persona con movilidad reducida y Laura se dedicaba a la producción de comida casera para la venta. Consideramos hasta aquí que las maneras en que las mujeres se narran en relación al mundo del trabajo deja entrever una especie de circuito por el que transitan, que tiene como protagonista las políticas compensatorias[[7]](#footnote-7), a partir del cual se las inhabilita para pensarse incluidas en el marcado del trabajo. De todas maneras, y tal como lo expresábamos en el apartado anterior, las mujeres aparecen disputando esta identidad que las posiciona en el estatuto de paciente psiquiátrico y que pareciera que las separa de todo lo que tiene que ver con su “vida antes del Hospital”. De esta manera Analía define

*“(...) Yo soy cosmetóloga, o sea que antes yo trabajaba como cosmetóloga, como masajista. Ahora, de todas maneras, hay algunos trabajos que me salen, por ejemplo mañana tengo que ir a atender a una señora, hay trabajos que me siguen saliendo como cosmetóloga y masajista, que era mi fuerte antes; yo tenía montado un gabinete y todo lo demás acá. Bueno, en este momento no estoy para eso, realmente me siento muy bien con todas las actividades que hago, percibo la pensión por discapacidad que también me ayuda y, digamos, que me da la posibilidad de más elección (...)”* (Analía 24/04/13)

Precisamente este fragmento del relato de Analía nos da pistas para pensar en este proceso que se da en torno a la compleja relación políticas sociales – trabajo. Así nos encontramos con mujeres que se posicionan como trabajadoras, *trabajo en el lugar donde vivo, trabajo de forma particular. Pinto y para mi la pintura tiene una relación con el hacer, es como un bálsamo para mí*, pero paralelamente hay una identidad como trabajadoras que se esta deteriorando (*en este momento no estoy para eso*).

Por otro lado, y deteniéndonos ahora en el relato de Laura, pudimos ver que no están diferenciados para ella las actividades laborales y aquellas que tienen que ver con su tratamiento en el Hospital,

*¿Y ahora estas trabajando en otro lado, o acá nomás? - Y estoy en mate-hits los lunes (taller que se realiza en Hospital de Día los días lunes donde se escucha música y se comparten mates), y tengo entrevista con la doctora Gisela y el doctor Baltazar, y los martes tengo comida, y tengo el psicólogo los martes, pero al mediodía me atiende ahora él, no es como antes ahora, porque va a haber actividad de tarde”* (Laura 13/09/12)

En el caso de Verónica, interpretamos que la internación produce un malestar ligado a lo laboral en tanto se presenta a sí misma como una persona muy activa, que siempre trabajó; *“Yo trabajaba, siempre trabajé cuando estaba internada. Yo tenía un plan, para no estar sin hacer nada. La doctora me hizo dar un plan (…) me anoté y me lo dieron, así que estuve de limpieza acá arriba. Estaba mejor, más joven-* (…)” (Verónica 05/03/13) En este caso particular las modificaciones que produce la internación parecieran pasar desapercibidas para Verónica en tanto, ante la necesidad de trabajar, responde con una actividad ya realizada previamente por ésta, es decir, labores de limpieza; las alteraciones concretas que emergen de la situación se dan en el paso de desempeñarse como empleada doméstica (ya sea de manera formal o informal), hacia la realización de labores a partir del otorgamiento de una política estatal. Particularmente, y como hemos visto en algunos ejemplos citados hasta aquí, podríamos pensar que el trabajo durante la internación de Verónica así como las actividades que aún hoy desempeña por el Programa PROMOVER tienen que ver con una propuesta terapéutica por parte de los profesionales que la han atendido.

Resulta interesante detenernos sobre este punto a fin de problematizar respecto de las actividades que se proponen desde los Hospitales en relación a homologar al trabajo a una práctica terapéutica. Esta concepción encuentra sus raíces dentro de las reformas psiquiátricas de principios del Siglo XX, cuando se crean las colonias de rehabilitación, siendo Domingo Cabred en Argentina el representante por excelencia. Según Emiliano Galende (1994) “(...) se pensó el trabajo ligado a la resocialización de enfermos crónicos y al mejoramiento de las condiciones de vida de los internados. En la actualidad se utiliza en los servicios que atienden pacientes con internación prolongada” (GALENDE, E.; 1994:104) Un ejemplo claro lo encontramos en Mariana, quien hace 8 años se encuentra internada, *“¿Qué haces generalmente acá (Hospital), en un día como hoy? - Acá junto toda la ropa, de mañana y de tarde; junto las bandejas desde las 12 y a la noche y tiro la basura allá al basural con la otra chica (...) Trabajo en la cocina de mañana; también voy a caminar*” (Mariana 12/06/13); lo mismo ocurre con los talleres de microemprendimientos del que participan algunas usuarias.

A partir de éste análisis y considerando experiencias anteriores de inserción en terreno, podemos considerar que la utilización del trabajo como elemento terapéutico puede reconocerse tanto en las respuestas cotidianas que brindan los Hospitales como estrategias en la búsqueda de la sanación, como así también entendemos que es una concepción que se encuentra implícita en las políticas destinadas hacia el sector.

***Conclusiones***

A modo de cierre y con vistas a abrir nuevos interrogantes, existen algunas ideas que creemos pertinente retomar.

A lo largo de nuestro proceso de investigación nos encontramos con relatos de Itinerarios Terapéuticos de mujeres, donde el ser mujeres, pobres y locas coloca a éstas en circuitos complejos en que se refuerzan los estigmas y estereotipos propios de éstas categorías, pero también se plantean posibilidades que tienen que ver con la sanación, con la sobrevivencia y el reconocimiento.

Al conocer los Itinerarios Terapéuticos de las mujeres entrevistadas pudimos visibilizar las tensiones que se ponen en juego en los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados: entre diagnósticos, políticas que parecen categorizar, clasificar e historias particulares donde, si bien hay mucho de resignación, también aparece algo que se pone en movimiento, se cuestiona. Así, el hecho de que sean capaces de narrar sus propias historias nos dio pistas más que claras de que no estamos ante vidas narradas solamente por otros (profesionales, diagnósticos, políticas sociales, etc.) sino que estamos ante un proceso activo de construcción y disputa de significados.

Por otro lado, hemos visto cómo cuando el trabajo se entrama en los Itinerarios Terapéuticos produce movimientos en múltiples y hasta a veces contradictorios sentidos: genera una relación de tutela, refuerza la división sexual del trabajo, deteriora identidades, pero también forja resistencias y conecta a las mujeres con algo del orden de lo creativo.

Entendemos que el trabajar con los significados que las usuarias asignan a su experiencia cotidiana posibilita la producción de un conocimiento que permite avanzar en la búsqueda de un proceso de ruptura con aquellas prácticas y discursos de profesionales del Campo de la Salud, que históricamente han puesto en un lugar de estigmatización a la mujer y la “locura”, como expresión de construcciones histórico-sociales.

Para terminar, diremos que las distintas formas en que las mujeres hablan de sí respecto a su malestar nos permitió poder reflexionar sobre los significados que las mismas construyen y cómo a partir de allí se presentan. A lo largo de este camino recorrido nos hemos encontrado con diversas historias, historias intensas, que tienen por protagonistas a mujeres que sufren, caen, viven momentos difíciles y sin embargo, resisten, luchan, sobreviven. Mujeres que hablan de sí y de su historia memorando tanto momentos difíciles como experiencias gratificantes, épocas felices, tiempos en los que acompañaron y se sintieron acompañadas, períodos en que se sintieron solas y decidieron salir adelante, sorteando situaciones de discriminación, estigmatización y exclusión.

***Referencias Bibliográficas:***

* BURÍN, Mabel. 1987. “Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujer y Salud Mental”. Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires.
* CASTELNUOVO, Natalia. 2006. “Frente al límite”. Editorial Antropofagia
* GONZALEZ REY, F. L. 2011. “El Sujeto y la Subjetividad en Psicología Social”. Ed. Noveduc. Buenos Aires.
* LARROSA, Jorge. 2003. Conferencia: “La Experiencia y sus Lenguajes”. Universidad de Barcelona. Versión web: http://www.me.gov.ar/curriform/publica/oei\_20031128/ponencia\_larrosa.pd f Consultada por última vez el día 27/05/13
* LINDÓN, Alicia. 1999. “Narrativas Autobiográficas, Memoria y Mitos: una aproximación a la acción social” en Economía, Sociedad y Territorio, Julio-diciembre, Vol. II, Nº 6. El Colegio Mexiquense. Toluca, México
* RICOEUR, Paul. 2000. “Narratividad, fenomenología y hermenéutica”. Versión digital disponible en http://es.scribd.com/doc/14157660/Paul-RicoeurNarratividad-Fenomenologia-y-Hermeneutica-. Consultada por última vez el día 07/03/13
* ROSATO, Ana. (Coord.) 2013. Informe final del Proyecto de Investigación “Políticas en Discapacidad y producción de sujetos. El papel del Estado” Período 2007-2010. PID 5062. SICTFRH – UNER. Aprobado por Res. “C.S.” 164/13
* ROSATO, Ana y ANGELINO María Alfonsina (coords.) 2009. “Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit”. Noveduc. Buenos Aires.
* SERRA, Ma. Florencia. 2011 “La Familia en los Procesos de Manicomialización-Desmanicomialización. Estudio de las trayectorias asistenciales de pacientes crónicos de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros”. Tesis de Maestría en Trabajo Social. UNER. Tesis Nº 1977.
* SHORE, Cris. (2010) La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. En: Antípoda Nº 10 enero – junio

1. Para decir esto tomamos el análisis que realiza de las políticas públicas Cris Shore (2010). Sus aportes son potentes ya que nos brinda la posibilidad de “resaltar la complejidad y lo desordenado de los procesos de formulación de políticas, en particular las maneras ambiguas y a menudo disputadas en que las políticas son promulgadas y recibidas por la gente, por decirlo de alguna manera, “en el terreno”. Los antropólogos tienden a enfocarse en cómo hacen las personas para darle sentido a las cosas, es decir, qué quieren decir para la gente esas políticas. Los antropólogos están interesados en los “puntos de vista del nativo” (esto es, el modelo folclorista) o el marco de referencia de los actores. Para comprender por qué funcionan o no las políticas, necesitamos saber algo sobre cómo son recibidas y experimentadas por las personas afectadas por ellas” (SHORE, C. 2010:29) [↑](#footnote-ref-1)
2. Se trata de un programa dependiente del Ministerio de Trabajo de la Nación que ofrece, a hombres y mujeres mayores de 18 años que acrediten ser discapacitados a través del Certificado Nacional de Discapacidad, la posibilidad de llevar adelante un proyecto productivo (de producción o prestación de servicio). En su objetivo se plantea “asistir a personas con discapacidad en el desarrollo de su proyecto ocupacional, a través de su inclusión en actividades que les permitan mejorar sus competencias, habilidades y destrezas laborales, insertarse en empleos de calidad y/o desarrollar emprendimientos productivos independientes”. [↑](#footnote-ref-2)
3. El pase libre fue un beneficio establecido por ordenanza Nº 7518 de la Municipalidad de Paraná y su modificatoria Nº 7867, reglamentada por decreto 638/97. La normativa establecía la existencia de una credencial que permitía el beneficio de la gratuidad en el transporte urbano de pasajeros, servicio de taxis y remises para las personas con discapacidad. Para acceder al beneficio era requisito presentar un certificado médico que acredite la discapacidad, conteniendo el diagnóstico y una descripción lo más ajustada posible de las limitaciones que produce la discapacidad y si la persona puede viajar en colectivo o no.

   Actualmente (mediados de 2015) el Instituto Provincial de Discapacidad de Entre Ríos otorga a los discapacitados tarjetas de colectivos que suplen la antigua credencial, esto es, si bien no se modifica la lógica mediante la que se accede al beneficio sí existen modificaciones reflejadas en el uso cotidiano y que generan prácticas menos estigmatizantes. [↑](#footnote-ref-3)
4. Según el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación se trata de un derecho que tienen aquellas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social sin amparo previsional o no contributivo, que no poseen bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tienen parientes obligados legalmente a proporcionarles alimentos o que, teniéndolos, se encuentran impedidos para hacerlo. Las pensiones a la vejez se otorgan a personas mayores de 70 años, mientras que las que son por invalidez están dirigidas a quienes presenten un 76 por ciento o más de invalidez o discapacidad. Las destinadas a madres de 7 o más hijos contemplan a quienes sean o hayan sido madres de 7 o más hijos nacidos vivos, biológicos o adoptivos. [↑](#footnote-ref-4)
5. Cuando hablamos de circuitos diferenciados hacemos referencia a todos los dispositivos paralelos que se crean para las personas discapacitadas, por ejemplo las Escuelas especiales, los talleres protegidos, entre otros. [↑](#footnote-ref-5)
6. http://www.snr.gov.ar/ [↑](#footnote-ref-6)
7. Cuando nos referimos a políticas compensatorias hacemos referencia a aquellas implementadas por los Estados dirigidas a quienes están en situación de desigualdad. [↑](#footnote-ref-7)