

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en  
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos  
Aires, Buenos Aires, 2014.

## **Salud mental e inclusión social: derecho al trabajo en el contexto actual.**

Lohigorry, José Ignacio, Tisera, Ana y Lenta, María Malena.

Cita:

Lohigorry, José Ignacio, Tisera, Ana y Lenta, María Malena (2014). *Salud mental e inclusión social: derecho al trabajo en el contexto actual*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/513>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/xg3>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# SALUD MENTAL E INCLUSIÓN SOCIAL: DERECHO AL TRABAJO EN EL CONTEXTO ACTUAL

Lohigorry, José Ignacio; Tisera, Ana; Lenta, María Malena  
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

---

## RESUMEN

La vigencia de prácticas tutelares obstaculiza la consolidación de un modelo comunitario de Atención en Salud Mental que promueva la inclusión social. Centrados en la integralidad de derechos humanos, la promoción laboral y el acceso al trabajo se constituyen en claves para una efectiva inclusión en la comunidad, promoviendo autonomías. Desde la Psicología Crítica, este trabajo tiene como objetivo: caracterizar procesos de inclusión social mediante la capacitación laboral y el acceso al trabajo, en personas con padecimiento mental que participan de un Centro de Formación Profesional, en un hospital monovalente de la zona sur de CABA. Se implementó un cuestionario sobre los siguientes tópicos: perfil sociosanitario; historia y oportunidades laborales; características de la capacitación para el empleo y; relaciones vinculares. Procesos de exclusión laboral y expulsión social, junto a la producción de subjetividad alienada desde las instituciones implicadas, refuerzan la hospitalización como centro de vida. Las políticas sociales de inclusión socio-laboral limitadas al subsidio o la capacitación, producen ciudadanía parcial, atribuyendo al individuo la exclusión del trabajo formal. Poner en cuestión los dispositivos técnico-políticos que reproducen la heteronomía y la exclusión y exigir políticas sociales que garanticen el derecho al trabajo digno, se constituyen en tareas de una praxis desmanicomializadora.

### Palabras clave

Salud mental, Trabajo, Derechos, Desmanicomialización

## ABSTRACT

MENTAL HEALTH AND SOCIAL INCLUSION: THE RIGHT TO WORK IN THE CURRENT CONTEXT

The validity of tutelary practices hinders the consolidation of a Community model Mental Health Attention to promote social inclusion. Focus on the integrity of human rights, labor and promoting access to employment constitute keys to effective inclusion in the community, promoting autonomy. Since Critical Psychology, this paper aims: to characterize processes of social inclusion through job training and access to work in people with mental suffering who participate in a vocational training center, in a hospital monovalent south of Buenos Aires City. A questionnaire on the following topics was implemented: social health profile; history and job opportunities; characteristics and job training; attachment relationships. Processes of social exclusion and expulsion labor, together with the production of subjectivity alienated from the institutions involved, reinforcing hospitalization as center of life. Social policies of inclusion socio-labor limited subsidy or training, produce partial citizenships, attributing to the individual the exclusion from formal work. To question the technical-political devices that play heteronomy and social exclusion and to demand policies that guarantee the right to decent work, constitute a critical praxis tasks.

### Key words

Mental health, Rights, Work, Desmanicomialización

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo es parte del proyecto de investigación UBACyT "Exigibilidad justiciabilidad del derecho a la salud en la zona sur de la CABA", dirigido por la Prof. Graciela Zaldúa, que se centra en el estudio de los procesos de exigibilidad al derecho a la salud, en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires.

Considerando el campo específico de la Salud Mental, en anteriores artículos (Tisera et. al., 2013) se sostuvo que la limitación de la capacidad jurídica y la sustitución en la toma de decisiones en personas con padecimiento mental que se encontraban internadas o en tratamiento ambulatorio, promovía subjetividades pasivizadas y normativizadas, centrando la vida social en el ámbito de la hospitalización.

En CABA, pese a avances en materia jurídica (Ley 448 de Salud Mental; Ley Nacional de Salud Mental 26.657) la predominancia del gasto presupuestario en dispositivos monovalentes y el retraso en la consolidación de dispositivos de atención comunitaria favorecen una inercia institucional que obstaculiza verdaderas alternativas de inclusión (CELS, 2013). El modelo comunitario de atención en salud mental requiere que, desde abordajes intersectoriales e interdisciplinarios, los dispositivos brinden posibilidades efectivas de inclusión laboral, educativa y de vivienda. En ese contexto, esta presentación indaga respecto a las posibilidades de inclusión social mediante el derecho al trabajo y el acceso a una actividad productiva, con una justa remuneración.

## MARCO TEÓRICO

De acuerdo a Castel (2004) la referencia del derecho es fundamental para pensar el lugar que ocupa el trabajo en la sociedad. El surgimiento del empleo asalariado junto con las regulaciones del estado social y el papel del colectivo de trabajadores, contribuyeron a que se produzca la posibilidad de un trabajo abstracto, destacando la actividad laboral como acto social. Superando la personalización que había primado en la época preindustrial, el trabajo abstracto, en tanto actividad pública colectiva, posibilita que el trabajador ocupe el espacio público, consolidándolo como objeto o sujeto de derecho.

En el contexto contemporáneo, la emergencia del neoliberalismo, que produce la desregulación del mercado laboral, genera una crisis del empleo asalariado y el aumento de la desocupación, cuestionando el lugar de soporte de derechos que tenía el trabajo. La individualización del trabajo y de la relación salarial, produce que aquellos que pueden adquirir o desarrollar herramientas para adecuarse a las nuevas competencias y actividades continúe incluido, mientras que quienes ven invalidadas antiguas capacidades y no pueden crear nuevas, quedan excluidos: "la individualización se traduce en una fragmentación de tareas, un debilitamiento de las protecciones colectivas y, en última instancia, en la expulsión de los circuitos productivos y el aislamiento social (...)" (Castel, 2004, p. 61)

En el campo de la Salud Mental (SM), el modelo clásico de atención, producía la exclusión social de las personas con padecimiento mental confinándolos en el asilo sin posibilidades de recuperación

o reinserción. Desde diversos movimientos sociales, disciplinas, experiencias de reforma, se realizan profundas críticas al modelo asilar y tutelar. La promulgación de documentos internacionales y normativas en SM, promueven la atención en la comunidad, desde la centralidad de derechos, a fin de favorecer la inclusión social de las personas con padecimiento mental.

De esta forma, el modelo comunitario de atención en SM (Cohen y Natella, 2013), debe brindar respuestas a las necesidades de internación, rehabilitación e inclusión social. Para ello, se sostiene la importancia del acceso a la vivienda y el trabajo. La promoción laboral considera al trabajo como un derecho y como un recurso para una efectiva inclusión; representando un valor terapéutico tanto por el sustento económico que proporciona, como por la dignificación y la posibilidad de intercambio social con otros a partir de la producción de un bien o de un servicio (op. cit.)

## METODOLOGÍA

Esta presentación tiene como objetivo caracterizar procesos de inclusión social mediante la capacitación laboral y el acceso al trabajo, en personas con padecimiento mental que participan de un Centro de Formación Profesional (CFP), en un hospital monovalente de la zona sur de CABA.

Desde una perspectiva hermenéutico-dialéctica, este trabajo plantea un análisis de datos que interpreta su contenido dentro de un marco de referencias donde la acción de los sujetos y la acción objetivada de las instituciones, permite no sólo dilucidar el mensaje manifiesto sino también alcanzar los significados latentes (Minayo, 2009). En este sentido, se trata de un enfoque que aporta a una Psicología Crítica en tanto tiene como proyecto la indagación y producción de conocimiento dirigido al continuo cuestionamiento de la disciplina, problematizando las prácticas disciplinares que corresponden con la reproducción social de inequidades (De La Rosa et. al. 2012).

En el relevamiento de datos se implementó observación simple y participante y un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas sobre los siguientes tópicos: a. perfil sociosanitario b. historia y oportunidades laborales, c. características de la capacitación para el empleo y d. relaciones vinculares. La muestra fue intencional y estuvo compuesta por 22 participantes, alumnos/as de un CFP. La misma fue homogénea en relación a su inclusión en el CFP; y, heterogénea respecto de edad, género, tiempo de internación y nivel educativo.

En el análisis de los datos se procedió a una lectura horizontal e intensiva del material y luego otra transversal. A partir de las mismas se construyeron categorías emergentes y unidades de sentido que permitieron la elaboración del informe final.

En cuanto a las consideraciones éticas, se apeló a una perspectiva ético-relacional crítica (Sopransi, 2011) y se sostuvieron los principios de confidencialidad, anonimato y voluntariedad para la participación en este estudio.

## RESULTADOS

### a. Características del CFP.

El CFP se desarrolla, a partir de una articulación entre Salud y Educación, en el marco de un Programa de Prealta, en un Hospital Monovalente de SM de CABA. En el año 2010 el CFP comenzó a dictar cursos para los/las usuarios/as del hospital, de lunes a viernes (turno mañana y turno tarde) con una duración cuatrimestral y brindando certificación oficial en cursos de Gastronomía, Informática, Reparación Domiciliaria, Marroquinería y Técnicas Artesanales. El objetivo de los CFP es incrementar las posibilidades de empleabili-

dad de la persona, a través del desarrollo de competencias laborales, que respondan a las demandas del mundo laboral.

### b. Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por 22 alumnos/as del CFP, de los cuales 21 eran varones y 1 mujer. Las edades estuvieron comprendidas entre los 29 y 66 años con una media de 49,04, una mediana de 50 y una moda de 57. Respecto al máximo nivel educativo, un 4,6% no había finalizado la primaria, un 13,6% tenía secundaria incompleto y un 4,6% terciario incompleto, mientras que el 18,2% había finalizado la primaria, un 27,2% el secundario, el 9,1% tenía terciario completo y un 22,7% había finalizado sus estudios universitarios. En cuanto al curso realizado en el CFP: un 54,5% estaba cursando Informática (Operador de PC, Internet); el 13,6% Marroquinería, otro 13,6% Técnicas artesanales, el 9,1% Gastronomía (Cocina; Repostería) y el 9,1% restante Reparador domiciliario.

Los/as 22 usuarios/as habían transitado por situaciones de internación. Al momento de realizar el relevamiento un 68,2% del total de la muestra permanecía internado, mientras que el 31,8% restante había estado internado previamente y continuaba realizando tratamiento ambulatorio. Respecto a tratamientos anteriores, el 82,8% había transitado internaciones previas, mientras que un 63,6% había realizado otros tratamientos (psicoterapia, atención por consumo de drogas).

Entre los motivos por los cuales se produjeron las internaciones de aquellas personas que continuaban internadas, se refirieron problemáticas de salud (estrés, depresión, situaciones de violencia), problemas familiares y situaciones de vulnerabilidad social (desempleo, falta de vivienda). Para el futuro, en algunos casos se proyecta la posibilidad de externación, pero en otros esa opción aún no fue planificada, tanto para evitar posibles situaciones de consumo (alcohol, droga), como por falta de vivienda o de lazos sociales.

Para aquellas personas que continuaban internados (N=15) los tiempos de internación eran de menos de 1 año a 3 años para el 33,3%, entre 4 y 10 años para el 40% y más de 10 años para el 26,7% restante. Respecto al tiempo desde el alta de aquellos usuarios/as que realizaban tratamiento ambulatorio (N=7) para un 42,8% era de menos de 1 año a 3 años, para un 14,4% entre 4 y 10 años, mientras que para el 42,8% restante era de más de 10 años. De esta forma se pone de relieve la permanencia de usuarios/as respecto a espacios vinculados con los hospitales monovalentes. Se vulneran así derechos consagrados en las normativas en cuanto a producir una pronta externación y favorecer la reinserción social y comunitaria de aquellas personas con padecimiento mental que atraviesan o atravesaron situaciones de internación.

### c. Capacitación entre el empleo y la vida cotidiana.

El total de los usuarios/as que participaron del relevamiento trabajó alguna vez. Respecto del último trabajo realizado se plantean: empleado/a (quiosco, feria, gestor), oficios (pintor, serigrafía, servicio técnico), trabajo profesional (arquitecto, maestro), vendedor en la vía pública, actividad artística y empleo rural. Estas experiencias fueron realizadas de forma independiente por el 72,3% y en relación de dependencia por el 27,7%.

El tiempo transcurrido desde la última experiencia laboral para los/as usuarios/as que permanecían internados (N=15) fue de menos de 1 año para el 26,6%, entre 4 y 6 años para el 6,7%, entre 7 y 10 años para el 13,4% y más de 10 años para el 46,6%. Uno de los usuarios sostuvo continuar con su empleo, aunque lo retomará al obtener el alta. De los/as usuarios/as con tratamiento ambulatorio (N=7), un 14,3% realizó ese trabajo hace menos de 1 año, 28,6%

entre 1 y 3 años, el 42,9% entre 4 y 6 años, mientras que el 14,3% restante hace más de 10 años.

Al consultar respecto a la posibilidad de obtener empleo una vez finalizado el curso de formación profesional, el 63,3% señaló que posibilitará la inserción laboral, sobre todo en áreas solicitadas como informática o gastronomía, mientras que un 22,7% consideró que no favorecería la obtención de empleo y el 14% restante no sabía.

- *“Computación, lo piden en todos lados, en un puesto de diario te piden computación”* (Varón, 47 años. Actualmente internado).

- *“Trabajaría de otra cosa, pero usaría esos conocimientos para mi vida cotidiana”* (Mujer, 57 años. Actualmente internada).

- *“Yo creo que sobre todo en pastelería y repostería sí, aunque desde mi lugar, con mi edad y sin experiencia... tengo el curso, pero creo que debe ser diferente lo aprendido con lo que se hace en un bar”* (Varón, 63 años. En tratamiento ambulatorio).

Pese a la posibilidad imaginada respecto a obtener un empleo, tanto la idea que los conocimientos adquiridos sirven principalmente para la vida cotidiana, como la edad de las personas, ponen de relieve dificultades para la inserción laboral fuera del ámbito del hospital.

- *“Yo lo que más quería era eso, pero no... yo pensaba que al terminar ellos mismos [los profesionales y profesores] me iban a conseguir trabajo, como salida laboral y no fue así, tengo que buscar por mi propia cuenta”* (Varón, 34 años. En tratamiento ambulatorio).

El tiempo transcurrido desde la última experiencia laboral junto a la distancia entre la posibilidad de inserción laboral y la capacitación recibida problematizan los objetivos propuestos desde el CFP. Para los usuarios/as la principal motivación para realizar el curso no estuvo relacionada a obtener un empleo sino a adquirir conocimientos para la vida cotidiana (especialmente con informática), de realizar actividades gratificantes y de desarrollar habilidades y capacidades sociales. En todos los casos se sostuvo la contribución del curso al proceso de recuperación.

- *“Me anoté por comentarios que me hicieron en emergencias los licenciados. De lo que me decían me interesó informática, que nunca había hecho, ¡es un papelón!”* (Varón, 64 años. Actualmente internado)

- *“Muy bien, el curso es bueno para mí, porque es entretenido, ahora no sé qué voy a hacer en el verano, ya me había organizado a despertarme y venir acá”* (Varón, 39 años. Actualmente internado)

- *“Bien, muy macanuda la profesora. Me gusta lo que aprendo, de chico iba a dibujo, pintura, pero mi papá no quería que vaya, decía que tenía que estudiar”* (Varón, 56 años. En tratamiento ambulatorio).

#### **d. El circuito cerrado de la capacitación laboral**

Como posibilidad de inserción laboral surgía, para los/as usuarios/as, la participación en dispositivos como empresas sociales o talleres protegidos. Los mismos fueron considerados como espacios que proveen capacitación y facilitan la rehabilitación, pero en los que no se cobra un salario acorde y no favorecen la continuidad con un empleo por fuera del ámbito de la hospitalización. Como alternativa se destaca la posibilidad de realizar un emprendimiento propio, de forma independiente.

- *“No, no las conozco, solo talleres protegidos, pero está colapsado eso (...) es una ayuda que tenés, no es mucho dinero, pero si aprendes el oficio y juntas plata te compras la máquina y lo haces, un negocio propio es otro ingreso”* (Varón, 41 años. Actualmente internado).

- *“Talleres protegidos, molineros del borda [emprendimiento productivo]. Yo pienso que no [favorece otra inserción laboral], talleres menos, ajustaba una tuerca por día. Por eso me estoy capacitando en*

*joyería y orfebrería para conseguir un trabajo de forma independiente”* (Varón, 52 años. Actualmente internado).

- *“Yo hable con terapeutas de talleres protegidos, si me podían conseguir trabajo en una fábrica y me dijeron que no. Les pregunté si me podían conseguir otra cosa, de pintura o carpintería, y me dijeron que no”* (Varón, 34 años. En tratamiento ambulatorio)

#### **e. La banalización de la precarización laboral**

Al preguntar respecto a qué empleos eran los más solicitados, del total de la muestra el 27,3% no tenía opinión, mientras que el 62,7% nombró diversos empleos relacionados con sus intereses, la capacitación o las experiencias laborales previas. La informática, la venta en comercio y algunos oficios (maestro, enfermera, albañil) aparecen como posibilidades laborales.

Sin embargo se resaltó que la obtención de empleo es difícil debido a la estigmatización, a dificultades en el mercado laboral, a la incompatibilidad con beneficios sociales y a la edad. En este sentido, en algunos casos se destaca la posibilidad de desarrollar nuevos conocimientos o capacidades para poder lograr la inserción laboral.

- *“Para mí son en fábricas los más solicitados y ahí te explotan. También choferes, remises o taxis, salen muchos avisos, yo los miro por internet”* (Varón, 41 años. Actualmente internado).

- *“Yo veo, según la zona, por ej. en Floresta, hay un centro comercial donde se solicita vendedores, pero de 18 a 25 años”* (Varón, 63 años. En tratamiento ambulatorio)

- *“Es difícil, porque es incompatible con la jubilación y con mi enfermedad, porque si tengo algún problema”* (Varón, 62 años. En tratamiento ambulatorio)

- *“Es muy difícil conseguir trabajo (...) por eso volví acá (al programa de Prealta). Para las personas como yo que tenemos alguna discapacidad, una enfermedad de la mente, se me dificulta más que a los demás conseguir un empleo, yo busqué mucho trabajo, pero ellos se dan cuenta”* (Varón, 37 años. En tratamiento ambulatorio).

Las dificultades percibidas para la inserción laboral ponen en cuestión las políticas públicas implementadas y el cumplimiento de los derechos incluidos en las normativas vigentes. Al consultar respecto qué derechos como usuarios/as de SM conocían, un tercio de las personas manifestaron desconocerlos. De las personas que sí manifestaron conocerlos, tanto aquellas que se encontraban internadas, como las que realizaban tratamiento ambulatorio, relacionaron los derechos con las condiciones de internación y de atención en el hospital, la percepción de beneficios sociales y las posibilidades de alta.

Si estas definiciones de los derechos incluyen aspectos vinculados a la nueva normativa en SM, se los situaba de forma fragmentaria y heterónoma en tanto su cumplimiento dependía de la voluntad de terceros (profesionales de salud, juzgados, etc.).

- *“Tengo derecho a la salud. Entre de una manera, estaba bastante loco y me voy de otra, estoy más tranquilo, con los años me he sentido mejor. Afuera he sufrido mucho, este lugar me brinda una paz que me hacía falta, la calle lima. Sí se cumplen. Yo me siento mejor a lo que estaba, la prolijidad, tengo una pensión (...) me dicen “está bien” pero por problemas sociales no me externalan”* (Varón, 47 años. Actualmente internado).

- *“Yo leí la ley, un derecho de la ley, como mi internación es voluntaria me puedo ir cuando quiera (...) después es muy difícil la resocialización de los individuos al no tener casa, no hay muchas oportunidades si a uno le pasa algo no tiene a quién recurrir a veces, la mayoría”* (Varón, 52 años. Actualmente internado).

- *“Lo más básico son las terapias individuales y los medicamentos y las terapias grupales. Y las etapas de reinserción social y laboral.*

*Yo creo que se cumplen. Más allá de que hay varias situaciones que suelen darse conmigo y compañeros, que no estoy tan de acuerdo con definiciones de profesionales”* (Varón, 64 años. En tratamiento ambulatorio).

*- “Derecho a tener un certificado de discapacidad que permite acceder a algunas cosas, por ej. a mí me dieron una jubilación por discapacidad, de allí estoy afiliado a PAMI, que me dan los medicamentos muy caros, que aquí no me podrían dar. Y también el pase para transporte”* (Varón, 63 años. En tratamiento ambulatorio).

## DISCUSIÓN

En las narrativas sobre el destino laboral, los participantes de los cursos de formación profesional muestran falta de expectativas en inserciones laborales sustentables o bien relatan proyectos ideales de salida individual con escasa posibilidad fáctica. En este sentido debemos poner atención en la producción de subjetividad alienante como efecto del círculo vicioso que generan las instituciones implicadas -hospital monovalente, talleres protegidos, CFP, empresas sociales, etc.-, donde se refuerza el espacio de la hospitalización como lugar de recuperación y de vida cotidiana. Exclusión laboral y expulsión social se cristalizan en tratamientos durante largos períodos de tiempo.

De este modo, la posibilidad de obtener un empleo queda vinculada casi exclusivamente a la posibilidad individual de inclusión, quizás a partir de la creación de emprendimientos productivos personales o contingentes. Sin embargo, la situación de exclusión materializada en la expulsión del trabajo y relacionada con la invisibilidad pone de relieve la “nuda vida” (Agamben, 2000), de quienes no se espera nada. El estado ya no es garante de las políticas públicas en la declinación de sus funciones ante la globalización y disolución del Estado Nación y aparece como consecuencia la figura del consumidor por sobre la del ciudadano. Nuevas respuestas subjetivas se manifiestan ante esto. La ilusión del trabajador por “cuenta-propia” se relaciona con el aplanamiento de los valores solidarios del trabajo y la falta de expectativas sobre el futuro laboral. En este sentido beneficios sociales ligados a la gestión política velan “... las contradicciones y el acceso al derecho de ciudadanía e instala una realidad de dependencia a las instituciones y sus significaciones” (Zaldúa, G. 2011)

El desempleo, en el caso de los participantes en el estudio, suele ser de larga data. Y se suma a ello, en una parte de los mismos, la dificultad de superar la internación y avanzar en la inclusión social. Para C. Dejours las dificultades en conseguir empleo conducen a un proceso de desocialización progresiva y sufrimiento como afectación subjetiva correlativa. Este autor señala un clivaje entre sufrimiento e injusticia. Este sufrimiento no es visualizado lo suficiente como para generar una reacción política o movilizaciones en contra de lo injusto. Más bien parece justificar sentimientos como la compasión, la piedad o la caridad. También aparece producto de este clivaje la sensación de resignación. Según Dejours, existe una evolución en la reacción social ante la injusticia social caracterizada por la atenuación de las reacciones de indignación, cólera o movilización colectiva conducentes a una acción a favor de la solidaridad y la justicia. Esta atenuación en los sujetos de la muestra aparece ligado a la resignación, indiferencia o naturalización de una situación que se planta como cristalizada o encerrada en un circuito de posibilidades laborales “protegidas” o subsidiadas.

## CONCLUSIONES

La inclusión socio laboral y el recibimiento de una compensación

digna por la participación en procesos productivos, aparecen como derechos relevantes en las normativas relativas a las personas con padecimiento mental (Ley 26.657 art. 36 y 7 respectivamente). Sin embargo, en el contexto actual de precarización creciente de los derechos laborales que mantiene a amplios sectores de la población con trabajo no registrados, tercerizados o desempleados, las políticas sociales de inclusión socio-laboral producen ciudadanía parciales. Es decir, para ciertos sectores de la población, el Estado privilegia la garantía de ciertos derechos sobre otros. De este modo, en el caso de sectores especialmente vulnerables como aquellos que han transitado por instituciones manicomiales, la capacitación y la provisión de insumos básicos para la subsistencia, se garantizan a través de las políticas de subsidios “temporales” y se atribuye a una dificultad individual el no ingreso al trabajo formal.

Si una de las dimensiones centrales de la inclusión social de personas con sufrimiento mental es el trabajo, una de las principales tareas de la praxis desmanicomializadora es poner en cuestión los dispositivos técnico-políticos que reproducen la heteronomía y la exclusión y exigir políticas sociales que garanticen el derecho al trabajo digno.

## BIBLIOGRAFIA

Agamben, G. (2000). Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. En Homo Sacer III. Valencia: Pre-textos.

Castel, R. (2004). Las trampas de la exclusión. Trabajo y utilidad social. Buenos Aires: Topía Editorial.

Cohen, H.; Natella, G. (2013). La Desmanicomialización: crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Dejours, Ch. (2007). La banalización de la injusticia social. Buenos Aires: Topía Editorial.

De La Rosa, S. C., Vélez Agosto, N, López Garay, D. y Rivera, C. (2012). Hacia una revitalización del potencial crítico de la psicología cualitativa. Forum Qualitative Reasech. Vol. 13, No. 2, Art. 20. - Mayo 2012

De Souza Minayo M. C. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial

Sopransi, B. (2011) Criticidad y relación: dimensiones necesarias de la ética en la psicología comunitaria, en Zaldúa, G. (Comp.) Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva. Buenos Aires: EUDEBA

Tisera, A. et. al. (2013). Salud Mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Anuario de Investigaciones en Psicología. Vol. XX. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.

Zaldúa, G. (Comp.) (2011). Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva. Buenos Aires: EUDEBA