

Dispositivos psicosociales en la zona sur de la CABA: dimensiones del cuidado y exigibilidad del derecho a la salud.

Zaldúa, Graciela, Lenta, María Malena, Longo, Roxana, Pawlowicz, María Pía, Tisera, Ana, Bottinelli, Marcela y Sopransi, María Belén.

Cita:

Zaldúa, Graciela, Lenta, María Malena, Longo, Roxana, Pawlowicz, María Pía, Tisera, Ana, Bottinelli, Marcela y Sopransi, María Belén (2016). *Dispositivos psicosociales en la zona sur de la CABA: dimensiones del cuidado y exigibilidad del derecho a la salud. VIII Congreso Internacional de Prácticas Profesionales e Investigación en Psicología. XXIII Jornadas de Investigación en Psicología y XII Encuentro de Investigación en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, UBA, CABA.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/436>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pEgt/bWz>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

DISPOSITIVOS PSICOSOCIALES EN LA ZONA SUR DE LA CABA: DIMENSIONES DEL CUIDADO Y EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD

Zaldúa, Graciela; Lenta, María Malena; Longo, Roxana Gabriela; Tisera, Ana; Pawlowicz, María Pía; Bottinelli, María Marcela; Lohigorry, José Ignacio; Veloso, Verónica; Leale, Hugo Carlos; Sopransi, María Belén

UBACyT, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

En el campo de la salud integral, los dispositivos psicosociales de exigibilidad de derechos suponen desarrollo de prácticas colectivas que promueven lazos solidarios. El cuidado aparece como una dimensión ético-política que apunta dichos dispositivos ante situaciones de exclusión social. Este trabajo analiza transversalmente distintas dimensiones del cuidado en tres dispositivos psicosociales abordados en el proyecto UBACyT "Exigibilidad del derecho a la salud: prácticas instituyentes y dispositivos psicosociales en la zona sur de la CABA". Desde un enfoque de investigación cualitativa y diseño de estudio de casos, se discuten tres casos: 1) la salud de los que cuidan: el desgaste laboral en trabajadores/as del campo de las políticas públicas para la infancia con derechos vulnerados; 2) las estrategias de empoderamiento y cuidado de las organizaciones anti-trata y LGBTI frente a situaciones de prostitución; y, 3) la formación para el trabajo y procesos subjetivantes para el cuidado de sí en personas con sufrimiento mental. Entre los resultados se observa que las reflexiones sobre los modelos vinculares de los dispositivos, las relaciones de poder inscriptas en los actos de salud, el rescate de las diferentes tramas de relaciones y la experiencia vivida de usuarios/as, resultan tópicos centrales para problematizar el lugar del cuidado.

Palabras clave

Cuidado, Exigibilidad, Salud, Dispositivos

ABSTRACT

PSYCHOSOCIAL DEVICES IN SOUTH AREA OF BUENOS AIRES CITY: DIMENSIONS OF CARE AND ENFORCEABILITY OF HEALTH'S RIGHTS In integral health's field, psychosocial devices that promote processes of rights's enforceability, develop collective practices that promote solidarity in the public sphere, allowing the construction emancipated subjectivity. The care appears as an ethical-political dimension that underpins such devices in vulnerability situation and social exclusion. This work analyzes across different care dimensions in three psychosocial devices addressed in the Project "Health rights's enforceability: instituent practices and psychosocial devices in south area of Buenos Aires city", in the fields of mental health, the childhoods and the genres. From a qualitative research approach and design cases study, we cross sources and instruments. The three cases discussed are: 1) the health of people who care: the labor wear workers in the public policies for children with violated rights; 2) empowerment and care strategies by the organizations anti-trafficking and LGBTI in response to prostitution situation; and, 3) the training for the job and processes subjectivity to the care of itself in people with mental suffering. Among

the results we see that they reflect on the care devices models, the power relations inscribed in health acts, rescue the different frames of relations and the lived experience of the users, are central topics for contesting the care's place.

Key words

Care, Enforceability, Health, Devices

Este trabajo se inscribe dentro del proyecto UBACyT "Exigibilidad del derecho a la salud: prácticas instituyentes y dispositivos psicosociales en la zona sur de la CABA", en el que se problematizan las tensiones entre las lógicas tutelares y las lógicas de protección integral de derechos, a partir del análisis de distintos dispositivos psicosociales. Éstos son definidos en tanto conjuntos heterogéneos de instituciones, discursos y prácticas relacionadas entre sí, que producen modos de subjetivación ya que disponen ciertas formas de saber-poder acerca de un objeto (Agamben, 2014). En nuestro campo de investigación: el derecho a la salud integral.

En el capitalismo y sus formas actuales de poder, los modos de captura de los dispositivos producen una subjetividad espectral o, en otros términos, producen procesos de desubjetivación a través de los modos serializados e individualizantes del control social. Por ello, el abordaje de dispositivos que promueven la exigibilidad de derechos, implica la posibilidad de reconocer dispositivos profanados (op. cit.). Es decir, de visibilizar aquellas instituciones, prácticas y discursos que permiten la reapropiación colectiva de la salud como un derecho que se puede demandar, exigir y ejercer.

Estos dispositivos profanados permiten la exigibilidad de derechos, no solo como capacidad de reconocer a las necesidades, sino que suponen el desarrollo de prácticas colectivas que promueven lazos solidarios y se inscriben en la esfera pública, permitiendo la construcción de sujetos políticos emancipados (Fleury y de Vasconcelos Costa Lobato, 2012).

La exigibilidad de derecho como proceso subjetivante implica, entonces, dos dimensiones: por un lado, supone el desarrollo de nuevas identidades singulares y colectivas que rompan y superen las identidades subordinadas y alienadas; mientras que, por otro, presume procesos de singularización y construcción de una estrategia de transformación social y ruptura de las relaciones percibidas como opresivas.

En este marco, los dispositivos profanados que priorizamos en el proyecto de investigación corresponden a los territorios de la salud mental, niñez y géneros en función de las problemáticas emergentes y las dificultades de acceso y protección de derechos. En cuanto a las poblaciones, consideramos a los dos polos de la relación entre

el acceso a la salud y el cuidado: por un lado, las personas con padecimientos mentales; los niños, niñas y adolescentes con derechos vulnerados; y, las mujeres y personas LGTBI (Lesbianas, Gays, Travestis, Transexuales, Transgéneros, Bisexuales e Intersexuales) afectadas por su situación de subordinación de género. Por el otro lado, incorporamos a las y los trabajadores de los dispositivos (programas sociales, servicios públicos de salud y organizaciones de la sociedad civil), dedicados a la atención y cuidado de estos sujetos sociales, y afectados tanto por las problemáticas de exclusión con las que trabajan como por las propias situaciones de precarización del trabajo.

El lugar del cuidado y los dispositivos de exigibilidad de derechos

El cuidado como práctica humana, no refiere exclusivamente a la preservación de la vida. Alude a un conjunto de prácticas protectoras cuyos sentidos y significados son producidos por cada sujeto y colectivo en tanto miembros de una cultura. En cada situación de cuidado -y de su contracara, el descuido- entran en juego diversas pautas, normas y regulaciones que metabolizan la expresión del amor por los otros, constituyendo una forma sublimada de la ternura (Chardón, 2008).

Frente a las políticas del descuido que cosifican a los sujetos, destruyen el hábitat y exterminan la vida, propias de la época; las políticas del cuidado valorizan el reconocimiento del otro. Cuidar significa entonces sentir, acoger, respetar y entrar en sintonía con los otros, en términos de Boff (1999).

Las dimensiones en las que se producen, reproducen y circulan las prácticas de cuidados contemplan una ética del acogimiento, que incluye al cuidado de sí, de los otros y de sus problemas, habilitando procesos micropolíticos de agenciamiento. Foucault (1984:105) señala al respecto que *“El cuidado de sí es ético en sí mismo; pero implica relaciones complejas con los otros, en la medida que este ethos de la libertad es también una manera de cuidar de los otros (...) El ethos implica también una relación hacia el cuidado de los otros, en la medida que el cuidado de sí se vuelve capaz de ocupar, en la ciudad, en la comunidad o en las relaciones interindividuales, el lugar que conviene”*. Siguiendo este planteo, Franco y Merhy (2011), indican que la producción subjetiva del cuidado supone la producción del sí mismo y la afectación *de y sobre* los otros en tanto se realiza en el espacio cotidiano del encuentro.

Partiendo de esta doble dimensión del cuidado (macropolítica y micropolítica), la interrogación acerca de los procesos de exclusión social, de la expulsión de la ciudadanía, de la precarización de la vida y el sufrimiento, establece una resignificación del *ethos* del cuidado, desprivatizándolo y politizándolo en un campo democratizador y dignificador de las relaciones sociales y subjetivas (Zaldúa, 2011). Por ello, estas dos dimensiones del cuidado ponen de manifiesto las tensiones entre los dispositivos que operan desde el paradigma tutelar y aquellos dispositivos profanados que se sostienen desde el paradigma de los Derechos Humanos frente a la salud. Los obstáculos y las resistencias a la efectivización del derecho a la salud, propician situaciones de desigualdad, injusticia y sufrimiento singular y colectivo, tanto para las personas con derechos vulnerados como para aquellos trabajadores que trabajan en los dispositivos del sector. En este marco nos interrogamos acerca de ¿cuáles son los procesos que promueven la exigibilidad de derechos en los dispositivos? ¿Cómo operan las diferentes dimensiones del cuidado en el reconocimiento y protección de sí, los otros y los territorios en contextos de vulnerabilidad psicosocial?

Enfoque metodológico y recortes problemáticos

En el marco del proyecto general, este trabajo presenta un recorte de los temas y problemas abordados a partir de una estrategia de Estudios de Caso (Stake, 1999), analizados descriptivamente en co-gestión con efectores públicos y de la sociedad civil.

La perspectiva de investigación adoptada remite al enfoque cualitativo que supone al mundo social en tanto construcción erigida en base a sentidos y significados que los distintos sujetos sociales producen acerca de la vida cotidiana y de su participación simultánea en diferentes espacios de relación (Denzin y Lincoln, 2015). Algunas características centrales de este enfoque son: el reconocimiento de la intersubjetividad como fuente de los procesos de significación; la indexicalidad entre un fenómeno y el contexto social de interpretación; la reflexividad sobre las relaciones sociales como principio y tema constitutivos de las relaciones mismas; y el carácter político de la acción social.

A su vez, se plantea un diseño en base a la Investigación Acción Participativa (IAP) y del Análisis Crítico del Discurso (ACD). La IAP interpela las prácticas del campo psicosocial y propone una praxis crítica, dialógica, participativa, reflexiva, problematizadora de las situaciones de desigualdad, opresión y violencias. Desde la tradición latinoamericana en investigación crítica se propone la implicación ética y política en la producción de saberes y prácticas de transformación subjetivas y colectivas, partiendo de problemas y necesidades enunciados por la propia comunidad. Asimismo, se busca la innovación y socialización de las técnicas, proceso que contempla la reflexividad sobre los propósitos para investigar, intervenir y validar contextualmente las problemáticas del poder.

El ACD presume una relación dialéctica entre el discurso y las estructuras sociales pues considera al discurso como a una práctica social históricamente situada que es, por un lado, modelada por las micro y macro estructuras en las que está inserto, mientras que, por otro, contribuye creativamente a la construcción y transformación del orden social (Stecher, 2010). Como técnica para el abordaje de los discursos, evita tanto el error de sobredimensionar la determinación de lo social en el discurso, como su inverso. Pues se opone tanto a las posturas que ubican al discurso como reflejo de lo real, así como a las corrientes de raigambre idealistas que lo posicionan como única fuente de lo social (Fairclough citado en Stecher, 2010).

El objetivo del trabajo consiste en analizar las dimensiones del cuidado en el apuntalamiento de dispositivos de exigibilidad de derechos en contextos de vulnerabilidad psicosocial.

Los tres casos que se abordarán, se inscriben dentro de cada uno de los tres campos de problemas desarrollados en la globalidad del proyecto de investigación (salud mental, niñez y géneros) y focalizarán en uno de los polos que configuran la relación entre la exigibilidad del derecho a la salud y el cuidado: 1) la salud de los que cuidan: el desgaste laboral en trabajadores/as del campo de las políticas públicas para la infancia con derechos vulnerados; 2) las estrategias de empoderamiento y cuidado de las organizaciones anti-trata y LGTBI frente a situaciones de prostitución; y, 3) la formación para el trabajo y procesos subjetivantes para el cuidado de sí en personas con sufrimiento mental.

Para la producción y análisis de datos, se triangularon tanto fuentes de datos como instrumentos (entrevistas en profundidad y relatos de vida; grupos de discusión; observación participante, no participante y dialéctica; cuestionarios; grillas de relevamientos documentales y registros de sistematización; y deriva o cartografía participativa).

Resultados

1) La salud de los que cuidan: el desgaste laboral en trabajadores/as del campo de las políticas públicas para la infancia con derechos vulnerados.

Se presentan algunas conclusiones de un proceso de IAP con trabajadores/as de un Centro de Día para la atención de niños, niñas y adolescentes en situación de calle, dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En un contexto socio-histórico dónde la exclusión crea espacios sociales de devastación y donde la población de niños, niñas y adolescentes en situación de calle es visibilizada socialmente como "resto social", referirse a la salud de los/as trabajadores/as que desarrollan tareas para la restitución de derechos y, por lo tanto, de su cuidado, no sólo incluye analizar el impacto de ese trabajo en la subjetividad (individual/colectiva, en los cuerpos, en las relaciones interpersonales); sino también considerar cuál es la valoración social de ese trabajo, cómo se lo reconoce y cuáles son las posibilidades y los límites de la eficacia de las prácticas.

Ante el registro de un fuerte malestar entre los/as trabajadores/as, situaciones de angustia y sufrimiento al encarar la tarea diaria, se acordó desarrollar un proceso de IAP junto con los/as 29 trabajadores/as del dispositivo, a partir de dos objetivos: a) identificar y discriminar situaciones de sufrimiento en el trabajo, y b) proponer caminos críticos para instaurar espacios de contención, vinculación y transformación del malestar.

El proceso se desarrolló por un período de seis meses donde se implementaron los siguientes procedimientos: encuesta sobre prevalencia del síndrome de burnout[1], percepción del malestar, mapeo sobre condiciones y medioambiente de trabajo, técnicas gráficas de registro de cargas físicas y psíquicas del trabajo y análisis de nodos críticos del proceso de trabajo.

Entre los resultados y conclusiones principales del estudio se pudo observar una prevalencia significativamente alta en cuanto a la presencia de Síndrome de Burnout (46,6 %) entre los/as trabajadores/as del sector y en las Consecuencias del Burnout (57,7 %). Estos datos podrían vincularse con las percepciones acerca de cómo los trabajadores asocian las dolencias emocionales y relacionales con las características del trabajo cotidiano. El estrés, la angustia y la bronca aparecen como las dolencias cotidianas más fuertes, producto de las dificultades materiales para llevar adelante la tarea (falta de recursos técnicos), los obstáculos para abordar situaciones críticas del trabajo (falta de capacitación) y los problemas entre los compañeros (falta de solidaridad).

El trabajo es una condición humanizante a la vez que alienante. Cuando la relación de la persona trabajadora con la organización de su trabajo se bloquea, cuando la cooperación entre los compañeros de trabajo se rompe o se mella la confianza y el reconocimiento social de la tarea desarrollada fracasa (por desvalorización, malas condiciones de trabajo, bajos salarios), el sufrimiento se instala. Reconocerse en el propio hacer cotidiano y recuperar el reconocimiento del colectivo de trabajo es central para lograr un reconocimiento social de la tarea. Este es un elemento significativo para el apuntalamiento de la identidad personal pero también para la eficacia de la tarea que se desarrolla en el espacio como proyecto en común.

En el análisis de las representaciones acerca de la "misión" del dispositivo y del trabajo, se identificaron tres dimensiones: 1) lo Ideal, 2) lo Posible y 3) lo Real. El contraste visibilizado entre las tres dimensiones resultó significativo. Mientras que en la dimensión de lo Ideal aparecían misiones como "*restituir derechos*", "*reversión de la situación de calle*"; en la dimensión de lo Posible, emergieron misiones como "*brindar espacio de contención y escucha*", "*apun-*

talar", "*mostrar otras posibilidades*". Finalmente, en la tercera dimensión, de lo Real, surgieron misiones tanto de derivación: "(...) *a parador, hogar o comunidad terapéutica*" como registro de intervenciones fallidas [podemos hacer] "*poco*" o [no podemos hacer] "*nada*".

A partir de estos datos, es posible conjeturar que lo Ideal adquiere carácter de Mandato Obligatorio muy difícil de cumplir habida cuenta de las condiciones de múltiples violencias y exclusión estructural en la que se encuentra la población de chicos y chicas con las que trabaja el propio dispositivo. A esto se suman las condiciones de trabajo de las/os propias/os trabajadoras/es y el lugar relegado que ocupan ambas cuestiones en la agenda gubernamental, tal como señalan las propias narrativas de las/os trabajadoras/es. Sin embargo, este Mandato Ideal opera sobre las prácticas a modo de sobre-exigencia que, en el plano de lo Real, califica a los resultados de la tarea como insuficientes, parciales o fallidos.

A su vez, la dimensión de lo Posible, que recupera tanto la potencia del encuentro entre los/as trabajadores/as y los chicos y chicas, como la posibilidad de promover procesos subjetivantes, de apuntalamiento y/o sostén para proyectos de vida, quedan relegados o parcialmente invisibilizados frente a la magnitud del Ideal y los procesos de exclusión social.

Realizar tareas de acompañamiento/seguimiento absolutamente personalizadas (y bajo el imperativo del Ideal) puede propiciar situaciones de sobreimplicación; lo que, a mediano plazo generará también sentimientos de desvalorización personal/profesional, profundizando el desgaste laboral. La sobreimplicación como contracara del rechazo, podría ser leída como un modo de hacerse cargo de la exclusión jugando una posición invertida: "*la sociedad excluye, nosotros sobre-incluimos*".

En este sentido, la omnipotencia y la negación podrían operar como estrategias defensivas al servicio de sostener la exigencia de Trabajo Ideal; y ese sostén se paga con dolores en el cuerpo, sensación de agotamiento emocional y conflictos en las relaciones interpersonales. Frente a lo señalado, la cuestión del encuentro con los otros (los/as compañeros/as de trabajo, los/as chicos/as) como elemento Posible del trabajo, constituye un punto a revalorizar. El encuentro implica un reconocimiento del otro como sujeto y es allí donde puede instalarse el cuidado como acto recíproco.

Al indagar sobre las situaciones de bienestar en el trabajo, todos/as los/as trabajadores/as graficaron y/o describieron situaciones de encuentro donde el reconocimiento de la tarea realizada era significado positivamente por chicos y chicas en situación de calle: "*Abrazo con los pibes, que te reconozcan*", "*El afecto que te devuelven*"; o por los propios compañeros de trabajo: "*Estar en armonía. Poder hablar, encontrarse con el otro, decirse las cosas de frente. Compartir*". Incluso, los espacios de encuentro con los propios compañeros/as de trabajo fueron significados como escenarios de refugio o resguardo.

Cuando se reconoce el trabajo que una persona realiza, lo que adquiere sentido son los esfuerzos, las angustias, las dudas, las decepciones y los desalientos. Permite significar que todo el sufrimiento, no ha sido en vano y contribuye en el enriquecimiento de la identidad personal a partir del lazo social que se establece con los otros. El reconocimiento es una forma de cuidado, una fuente de protección frente al desgaste laboral que puede ser construida y sostenida a partir de la co-implicación con los otros, es decir, de implicarse con el otro, con sus problemáticas, reconociendo las posibilidades y los límites del alcance del trabajo. Al mismo tiempo en que se concibe al otro como a una persona con su propia trayectoria, sus decisiones, límites y posibilidades.

2) Las estrategias de empoderamiento y cuidado de las organizaciones anti- trata y LGTBI frente a las situaciones de prostitución.

La prostitución no encuentra su causa en cada mujer, niña, niño o persona trans en su especificidad, sino en la construcción social de esas personas como seres para y de otros, definidas en torno a su sexualidad erótica (Lagarde, 2007). Es por ello que la prostitución es comprendida como un fenómeno complejo y diversos factores intervienen en él: las migraciones, la feminización de la pobreza y de la subsistencia, la falta de acceso a derechos sociales y culturales, el consumismo generalizado, las personas mismas en situación de prostitución —generalmente mujeres—, las organizaciones que lucran con la prostitución y quienes consumen prostitución —generalmente varones (Santamaría, 2007). Y como señala Volnovich (2010), existe un fuerte silenciamiento sobre esta última cuestión (los consumidores) pues sostiene que hablar sobre el significado de esa práctica equivale a romper con los acuerdos entre los hombres. En este apartado se analizan discursos y prácticas de cuatro dispositivos alternativos para el empoderamiento colectivo y el desarrollo de prácticas de cuidado de sí y los otros que favorezcan la exigibilidad de derechos, en personas en situación de prostitución en la CABA. Los dispositivos seleccionados fueron: Bachillerato Popular Mocha Celis, ALITT (Asociación Lucha por la Identidad Travesti-Transsexual), Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación (MAL), Futuro Transgenérico, AMMAR-Capital (Asociación de Mujeres por los Derechos Humanos) y Campaña Ni Una Violencia Más. Una vez realizado el acercamiento a dichos dispositivos, se procedió a la selección de las participantes para este estudio, a través de un muestreo intencional, compuesta por 19 participantes de las cuales 14 eran mujeres y 5 personas transgénero.

Entre los resultados del estudio se pudo observar como la construcción histórico-social de la situación de prostitución y explotación sexual de mujeres, transgéneros, travestis, niñas, niños y adolescentes pone en cuestión el acceso a la integralidad de los derechos humanos.

En las narrativas abordadas, las dimensiones de poder y la construcción de la alteridad bajo la égida del capitalismo y el patriarcado, fueron elementos centrales al momento de caracterizar los modos de legitimación social de la trata y la explotación sexual: *“Si la mujer es una cosa, es posible el embarazo forzado, el acoso en el trabajo, esa es la condición esencial de las mujeres ser una cosa para el patriarcado” (Mirna, Integrante de la Campaña “Ni Una Víctima Más”).*

La construcción de mujeres y personas trans como sujetos subalternos, supone la implementación de dispositivos de violencia que atacan material y simbólicamente a estas personas y afecta la libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física de la persona, y es condición para su cosificación.

Los actos de salud que engloban el encuentro entre trabajadores/as de la salud, mujeres, travestis y niñas/os en situación de prostitución requieren una reflexión particular debido a la complejidad que presentan las dinámicas de salud-enfermedad, atención y cuidados. Entendemos que las operaciones discursivas y los efectos de subjetivación fundados en la naturalización de la fragmentación social, la violencia y exclusión —en asociación con estigmas y discriminaciones—, exigen revisar los obstáculos y facilitadores para la equidad e igualdad de género y los dispositivos de salud. Problematizar el lugar de las y los trabajadores de la salud y sus construcciones identitarias en contextos de pobreza e inequidad genera un proceso de reflexividad crítica propiciador de buenas prácticas (Zaldúa, 2011). Según los relatos que surgen de las entrevistas, re-

sulta sustancial garantizar la disponibilidad y accesibilidad económica, física y segura, la aceptabilidad y calidad de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención, así como de programas que funcionen plenamente sin discriminación alguna (Huenchuan, 2011): *Muchas chicas tienen miedo a que sean tratadas mal. A que sean miradas. La mirada está en todos lados. Pero es verdad, como te van a mirar mal si estás en el hospital esperando un médico. Y no hay acceso. Es exclusivo... no hay un acceso para que las chicas no tengan que ser tan expuestas (Celeste, Estudiante del Bachillerato Popular Mocha Celis).*

Los cuatro colectivos presentados emprenden iniciativas creativas en lo que respecta a exigibilidad de Políticas Públicas e integrales —como una forma de ejercer la autonomía y garantizar prácticas de cuidado—, cambios legislativos que favorecen los derechos ciudadanos y el respeto por los derechos humanos, y emprendimientos productivos que generan empleos —como la gestión de instancias de capacitación y educación—. Proponen estrategias alternativas para el acceso al derecho a la educación y al trabajo para las personas en situación de prostitución, a través de estrategias de sensibilización comunitaria e inclusión lo que promueve prácticas de exigibilidad de derechos y supone procesos de transformación subjetiva en los planos individual y social y apuntalan las prácticas del cuidado de sí a través del reconocimiento social.

Las demandas de derechos de ciudadanía por parte de los colectivos LGTBI, permitieron hacer frente a las lógicas heteronormativas y patriarcales impulsando legislaciones como es el caso de la Ley de Identidad de Género (26.743), sancionada y promulgada en mayo del 2012 y la incorporación de un Cupo Laboral en la Provincia de Buenos Aires para personas Trans en la administración pública que busca el reconocimiento como sujetos de derechos de todas las personas más allá de su orientación sexual y su identidad de género.

Los colectivos anti-trata son propiciadores de equidades de géneros y develan las diversas operatorias de opresión y encubrimiento. Sin embargo, las posibilidades y potencias de dichos dispositivos alternativos no eluden los límites y vacancias de las políticas sociales que, aunque apelen a retóricas de la igualdad, señalan fuertes brechas en cuanto a la garantía de los derechos para los colectivos especialmente vulnerables operando como reproductores sociales de la exclusión.

3) Los procesos subjetivantes para el cuidado de sí a través de la formación para el trabajo en personas con sufrimiento mental.

Considerando el campo de la salud mental, un caso que permite analizar los modos de cuidado es el sentido y efecto de la formación para el trabajo en las personas con sufrimiento mental.

En principio, es necesario situar el hecho de que históricamente, en Occidente y a partir de la Modernidad, las personas con sufrimiento mental han sido estigmatizadas y excluidas de los espacios de sociabilidad. La locura ha sido negada, aislada y controlada a través de diferentes agencias que reproducen mecanismos de medicalización y/o criminalización. La institución prototípica para la reclusión de estos/as sujeto/as ha sido el manicomio, que responde al modelo clásico de atención desde paradigmas tutelares. En contraposición, el modelo comunitario de atención en salud mental (Cohen y Natella, 2013) sostiene la importancia de la promoción laboral, considerando 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 produc-

ción de un bien o de un servicio (op. cit.).

En nuestro país, en 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 que fue el resultado de un largo proceso de movilización de diferentes sectores reformistas que pugnaban por la ampliación de derechos en esta materia. La inclusión socio-laboral y el recibimiento de una compensación digna por la participación en procesos productivos, aparecen como derechos relevantes (Ley 26.657 art. 36 y 7 respectivamente).

En ese marco, se realizó un estudio con el fin de indagar las posibilidades de inclusión social mediante el derecho al trabajo y el acceso a una actividad productiva, con una justa remuneración. Para ello se implementaron técnicas de observación simple y participante y un cuestionario a una muestra intencional de 22 personas (en su mayoría varones) con padecimiento mental que habían transitado por situaciones de internación y que en ese momento participaban de un Centro de Formación Profesional (CFP). Dicho centro se desarrollaba en el marco de un Programa de Prealta, en un Hospital Monovalente de salud mental de CABA, donde se brindaban cursos de Gastronomía, Informática, Reparación Domiciliaria, Marroquinería y Técnicas Artesanales.

El total de los usuarios/as trabajó alguna vez, y más de la mitad consideraba que el curso de formación profesional les posibilitaría una inserción laboral (*"computación, lo piden en todos lados, en un puesto de diario te piden computación"*). Tanto la idea de 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 pensaba que al terminar ellos mismos [los profesores] me iban a conseguir trabajo, como salida laboral y no fue así, tengo que buscar por mi propia cuenta"*). Sin embargo, en todos los casos se sostuvo la contribución del curso al proceso de recuperación, siendo las principales motivaciones: adquirir conocimientos para la vida cotidiana, realizar actividades gratificantes (*"es entretenido"*) y desarrollar habilidades y capacidades sociales (*"me interesó informática"*).

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. Como posibilidad de inserción laboral surgía, para los/as usuarios/as, la participación en dispositivos como empresas sociales o talleres de rehabilitación, percibidos 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 (*"no es mucho dinero, pero si aprendes el oficio y juntás plata te comprás la máquina y lo hacés, un negocio propio es otro ingreso"*). La ilusión del trabajador por "cuenta-propia" como alternativa fue mencionada, y da cuenta del aplanamiento de los valores solidarios del trabajo y la falta de expectativas sobre el futuro laboral.

La obtención de empleo es visualizada como difícil debido a la estigmatización, a dificultades en el mercado laboral, a la incompatibilidad con beneficios sociales y a la edad (*"es muy difícil conseguir trabajo (...) Yo busqué mucho trabajo, pero ellos se dan cuenta"*). Estas dificultades ponen en cuestión las políticas públicas implementadas y el cumplimiento de los derechos incluidos en las normativas vigentes. Un tercio de los/as entrevistados desconocía sus derechos como usuarios de servicios de salud mental, y el resto identificaba sólo aquellos derechos relacionados con las condiciones de internación y de atención en el hospital, la percepción de beneficios sociales y las posibilidades de alta. Las nuevas normativas en salud mental fueron situadas de forma fragmentaria y heterónoma en tanto su cumplimiento dependía de la voluntad de

terceros (profesionales de salud, juzgados, etc.) (*"yo leí la ley, como mi internación es voluntaria me puedo ir cuando quiera (...) después... no hay muchas oportunidades si a uno le pasa algo no tiene a quién recurrir a veces, la mayoría"*)

Los entrevistados mostraron falta de expectativas en inserciones laborales sustentables o bien relataron proyectos ideales de salida individual con escasa posibilidad fáctica. Se produce una subjetividad alienante como efecto del círculo vicioso que generan las instituciones implicadas, donde se refuerza el espacio de la hospitalización como lugar de recuperación y de vida cotidiana.

A situaciones de desempleo de larga data, se suma la dificultad de superar la internación y avanzar en la inclusión social. Las dificultades en conseguir empleo, como explica Dejours (2006), conducen a un proceso de "desocialización progresiva" y sufrimiento como afectación subjetiva correlativa. Un clivaje entre sufrimiento e injusticia que no es visualizado lo suficiente como para generar una reacción en contra de lo injusto. Más bien parece justificar sentimientos como la compasión, la piedad o la caridad.

Estos resultados nos llevan a resituar al trabajo como una de las dimensiones centrales de la inclusión social de personas con sufrimiento mental. Por lo tanto, 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 y la autonomía individual y colectiva.

Discusiones y conclusiones: transversalidades del cuidado en los dispositivos de exigibilidad de derechos

Las sociedades actuales, como muchas del pasado, fragmentan el cuidado y lo asignan como condición natural a partir de las organizaciones sociales: la de género, la de clase, la étnica, la nacional y la regional-local (Lagarde, 2004). Esta situación se despliega sobre un mundo globalizado por unas políticas neoliberales que generan precariedad laboral, incrementan la presión sobre el trabajo de cuidados y propagan la mercantilización de todos aquellos aspectos de la vida que pueden ser transformados en dinero, difundiendo un individualismo cada vez más feroz.

La lógica de los beneficios se apodera también de esta necesidad social para convertirla en una nueva fuente de negocios (Orozco y Del Río, 2002). Los cuidados engloban los estilos de vida, las maneras de ser y hacer que se aprehenden a través del contacto directo con los contextos y los sujetos en el marco de su realidad cotidiana, que incluyen rutinas, sus particularidades, su singularidad (Franco y Merhy, 2011). Asimismo, la naturalización de los cuidados femeninos aparece como un tema clave que debería interpelar al sistema sanitario para no reforzar los roles de género y problematizar la feminización de los cuidados en salud y la invisibilización de la desigualdad. Es primordial comprender que los cuidados responden a las necesidades de la vida con su carga de vulnerabilidad e interdependencia, y que el proceso de vivir es un continuo cuidado mutuo y simultáneo de sí mismo, de los otros, por los otros, de las formas vivas (seres vivos) y de los seres inanimados (mundo material físico) (Carosio, 2014).

Los campos abordados en la presente investigación: salud mental, infancia y géneros, develan la necesidad de pensar en la complejidad que envuelve las relaciones de cuidado, que suelen reflejarse en las prácticas, la ética del cuidado, y la importancia de las relaciones entre los equipos de salud y los/as usuarios/as. Esta situación da cuenta de la importancia de no solo tomar en consideración las particularidades de los individuos, considerados interdependientes, sino también los detalles de la situación concreta en la que se en-

cuentran y que llevan a actuar de una forma u otra, considerando algo como justo o injusto, pues la ética del cuidado reconoce la responsabilidad que cada uno tiene hacia los demás.

En ese marco, surgen interrogantes acerca de las necesidades, demandas, recursos e imaginarios que operan en los actos de salud, en tanto constitutivos de las condiciones de accesibilidad al derecho a la salud. Pues, los actos de salud no refieren solo al acceso a una atención, sino a las características que adquiere el encuentro entre el sujeto usuario y el equipo de salud, poniéndose en juego no solo el contacto físico y comunicacional, sino que también se desarrollan flujos simbólicos que se entrelazan con un conjunto de redes y relaciones sociales de poder (Franco y Merhy, 2011).

Se presenta como un desafío primordial en los dispositivos (profanados), el desarrollo de prácticas y lógicas de cuidados que propicien abordajes comunitarios, inclusivos y relacionales. Esta posición implica entender al proceso salud-enfermedad-atención incluyendo la dimensión del cuidado como constituyente del mismo. Por ello, las reflexiones sobre los modelos vinculares de los dispositivos, las relaciones de poder inscriptas en los actos de salud, los contextos particulares y el rescate de las diferentes tramas de relaciones y la experiencia vivida de los/as usuarios/as resultan tópicos centrales para identificar las dimensiones del cuidado.

Propiciar el trabajo en redes junto con las comunidades y favorecer mecanismos participativos de visibilización de derechos vulnerados en salud/cuidado sigue siendo un camino propicio para construir dispositivos (profanados) que integren la salud, los cuidados y los derechos en los procesos de exigibilidad. Paralelamente, desde los trabajadores de la salud apostar a aspectos creativos y transformadores de las lógicas tutelares de cuidado es uno de los retos persistentes. Para ellos se requiere los diferentes tipos de apoyos –materiales, informativos, emocionales, etc.– y las diferentes dinámicas de reconocimiento constituyen aspectos salutíferos y productores de salud para los trabajadores.

NOTA

[1] Según Martínez y Guerra (1997), el Síndrome de Burnout es el resultado de un prolongado estrés que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, donde el apoyo o la ayuda es el eje central del trabajo. El Síndrome presenta principalmente tres tipos de síntomas: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Sensación de Reducido Logro Personal o Pérdida del sentido del trabajo. También es acompañado con afectaciones físicas, conductuales y problemas de relación interpersonal. Cabe señalar que, aun teniendo una repercusión en cada trabajador o trabajadora, el Síndrome de Burnout siempre se asocia a las condiciones y organización del trabajo con la presencia de fuentes de tensión.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2014). *¿Qué es un dispositivo?* Buenos Aires, Argentina: Adriana Hidalgo.
- Boff, L. (1999). *Ética de la vida*. Madrid, España: Trotta.
- Carioso, A. (2014). "La lógica del cuidado como base del "buen vivir"", en Girón, A (Coord.) *Del "vivir bien" al "buen vivir" entre la economía feminista, la filantropía y la migración: hacia la búsqueda de alternativas* (33:48). México DF, México: Instituto de Investigaciones Económicas.
- Chardón, C. (2008). Representaciones sociales del cuidado: entre las prácticas y la noción de alteridad, en *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60 (2), 10:19. Visitado en <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>
- Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La Desmanicomialización: crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dejours, D. (2006). *La banalización de la injusticia social*. Buenos Aires, Argentina: Topía.
- Denzin, T. y Lincoln, I. (2015). *Manual de Investigación Cualitativa Vol. IV*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
- Fleury, S. y de Vasconcelos Costa Lobato, S. (2012). *Participación, democracia y salud*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Foucault, M. (2011). Entrevista con Michel Foucault realizada por Raúl Formet-Betancourt, Helmúl Becker y Alfredo Gómez-Muller el 20 de enero de 1984, *Concordia* 6, 99-116.
- Franco, T. y Merhy, E. (2011) El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado, en *Salud Colectiva*, 7 (1) , 9:20. Visitada en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-8265201100010000-2&script=sci_arttext
- Huenchuan, S. (2011). *La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos*. Santiago de Chile, Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.
- Lagarde, M. (2004). "Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción", en Sare, S. (Comp.). *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado* (11:18). País Vasco: España: Fondo Social Europeo – Instituto Vasco de la Mujer.
- Lagarde, M. (2007). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México DF. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Orozco Pérez, A. y Del Río, S. (2002). *La economía desde el feminismo: trabajos y cuidados*, en *Rescoldos*, 11, 1:10.
- Santamaría, L.M. (2007). Políticas progresistas para disminuir el fenómeno de la prostitución, en *Trasversales* 7, 21:32.
- Stake, R. (1999). *La investigación con estudios de caso*. Madrid, España: Morata.
- Stecher, A. (2010). El análisis crítico del discurso como herramienta de investigación psicosocial del mundo del trabajo. *Discusiones desde América Latina*, en *Universitas Psychologica*. 2, 93:107.
- Volnovich, J.C. (2010) *Ir de putas. Reflexiones acerca de los clientes de la prostitución*. Buenos Aires: Topía.
- Zaldúa, G. (2011). "Debates sobre el ethos del cuidado y las cuestiones de género", en Zaldúa, G. (Comp.) *Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva* (155:162). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.