

“Cooperativismo loco”: trabajo, comunidad e inclusión laboral en salud mental¹

Juan Carlos Cea Madrid²

Recibido: 31 de enero de 2019 / Aceptado: 4 de mayo de 2020

Resumen. Este artículo aborda los significados sobre la gestión del trabajo y las relaciones laborales de la comunidad de trabajo “Locooperativa”, emprendimiento solidario que reúne a personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos sobre la base de relaciones horizontales con personas que no han vivido esta experiencia, en torno al objetivo de generar ingresos económicos, garantizar el derecho al trabajo y promover la inclusión laboral en salud mental. Desde un enfoque metodológico cualitativo y de estudio de caso, se analizan las características organizativas y las particularidades de esta iniciativa de trabajo autogestionado. De acuerdo con esta experiencia, se describen las contribuciones del “cooperativismo loco” como modelo de gestión del trabajo y constitución de nuevas relaciones laborales para la diversidad y la inclusión en el Chile contemporáneo.

Palabras clave: Cooperativismo, Inclusión laboral, Salud mental, Trabajo, Comunidad.

[en] “Mad Cooperativism”: Work, community, and labor inclusion in mental health

Abstract. This article addresses the meanings of work management and labor relations in the “Locooperativa” work community, a solidarity entrepreneurship that brings together people labeled with psychiatric diagnoses and people who have not had this experience through horizontal relationships, with the objective of generating economic income, guaranteeing the right to work and promoting labor inclusion in mental health. From a qualitative methodological approach and case study, the organizational characteristics and particularities of this self-managed work initiative are analyzed. In accordance with this experience, the contributions of “Mad Cooperativism” as a model of work management and the constitution of new labor relations for diversity and inclusion in contemporary Chile are described.

Keywords: Cooperativism, Labor Inclusion, Mental Health, Work, Community.

Sumario. 1. Introducción. 2. Modalidades de inserción laboral en salud mental. 3. Las cooperativas sociales como alternativas de trabajo en salud mental. 4. Metodología. 5. Significados sobre la gestión del trabajo y las relaciones laborales de la Locooperativa. 5.1. “Locura trabajando”: horizontalidad y apoyo mutuo. 5.2. “Cooperativismo loco”: autonomía y bienestar desde la comunidad. 6. Discusión y conclusiones. 7. Bibliografía.

¹ Proyecto Fondecyt regular N° 1160742 “Planes Sociales de Empleo y Protección social para la (des)igualdad: Los casos de Brasil, Chile y Venezuela”. Financiado por CONICYT (Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica), Chile.

² Psicólogo, Universidad de Santiago de Chile. Magíster en Psicología, mención Psicología Comunitaria, Universidad de Chile. Investigador militante, Centro de Estudios Locos.

Correo electrónico: jcarlos.ceamadrid@gmail.com

Cómo citar: Cea Madrid, J. C. (2021). “Cooperativismo loco”: trabajo, comunidad e inclusión laboral en salud mental, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 39(1), 113-131, <https://dx.doi.org/10.5209/crla.76228>.

1. Introducción

En Chile, la participación laboral de personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos constituye un aspecto no priorizado en el modelo de atención en salud mental (Minoletti et al., 2015; Chuaqui, 2015). Al respecto, la comunidad de usuarios(as) de servicios de salud mental perciben barreras significativas para encontrar trabajo y desarrollar una vida laboral activa (Castillo-Parada y Cea-Madrid, 2017). Sin embargo, a pesar de las limitaciones que enfrentan para conseguir un empleo remunerado, el derecho al trabajo es percibido como esencial dando cuenta de la importancia que le otorgan a esta actividad social (Chuaqui, 2015).

Con el objetivo de superar las barreras de acceso al trabajo se ha promulgado recientemente una normativa de inclusión laboral de personas con discapacidad (Ley 21.015), otorgando mayor visibilidad a esta problemática en el ámbito público. No obstante, generar mayores oportunidades de acceso al mercado laboral no constituye la única opción para acercar el mundo del trabajo al campo de la salud mental. Desde los años setenta en Italia, el modelo cooperativo ha tenido un rol preponderante en la creación y mantenimiento del empleo en el proceso de desinstitutionalización psiquiátrica y cierre de los manicomios, contribuyendo a la inserción laboral de las personas que asisten a los servicios de salud mental (Cangiano, 2017; Rotelli, 1998). En este contexto, de Leonardis et al. (1995) sostienen que las cooperativas sociales constituyen un modelo de inclusión en la medida que a las personas no se les trata por los problemas y carencias que puedan presentar sino por sus energías y recursos, su capacidad de invertir e intercambiar valor social, más allá de sus dificultades o la magnitud de estas.

Si bien el cooperativismo presenta diversas modalidades y expresiones en su devenir histórico, constituyendo múltiples formas y áreas de desarrollo, Hintze (2010) refiere que las cooperativas de trabajo basadas en la autogestión productiva y propiedad colectiva, es donde se puede visualizar más claramente la esencia del cooperativismo: de acuerdo con el principio de solidaridad lo que una persona recibe depende de sus necesidades y la contribución depende de sus capacidades. De acuerdo con estos principios, las cooperativas de trabajo integran el campo de la economía social y solidaria, una economía que tiene como característica la valorización del ser humano y la generación de valor social por encima de los resultados económicos o financieros (Santero et al., 2016). Con base en estos planteamientos, el modelo cooperativo posee una probada trayectoria en la inserción laboral de personas excluidas del mundo del trabajo (exreclusos, personas dependientes de drogas, que han recibido diagnósticos psiquiátricos o en situación de discapacidad), en función de los principios de accesibilidad, igualdad de oportunidades y no discriminación (Campos et al., 2013; de Leonardis et al. 1995).

En América Latina, el modelo cooperativo ha tenido diferentes grados de desarrollo en el campo de la salud mental. En Uruguay y Argentina se han generado emprendimientos asociativos a partir de la construcción de lazos intersectoriales y

vinculación con espacios universitarios, contribuyendo a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica en el marco del Estado (Cardozo, 2018; Hopp, 2018). En Brasil se han implementado políticas públicas orientadas a fomentar el vínculo entre salud mental y economía solidaria, contribuyendo a mejorar las condiciones de ingreso económico y retorno al mundo laboral de usuarios de servicios de salud mental que se encuentran en situación de desventaja social (de Oliveira et al., 2018). Estas políticas han promovido que las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos puedan convertirse en trabajadores cooperativistas, participar activamente en la toma de decisiones respecto al trabajo y en la gestión de su propia vida (Pereira, et al., 2012; Lima et al., 2013).

En Chile, el modelo cooperativo ha tenido un bajo nivel de desarrollo en salud mental, contando con algunas experiencias incipientes en este ámbito. Al respecto, emerge como un campo de estudio relevante conocer estos nuevos cauces y formas de participación social en la actualidad, en el marco de nuevas posibilidades para las poblaciones tradicionalmente excluidas, con estructuras más receptivas de lo diferente (Ribeiro, 2013). Para abordar esta temática, en el presente artículo se analizan desde una perspectiva crítica las modalidades de inserción laboral tradicionales en salud mental y se realiza un recorrido sobre los orígenes del modelo cooperativo como alternativa de trabajo en este ámbito. Posteriormente, desde una aproximación metodológica cualitativa y de estudio de caso, se describen los significados sobre la gestión del trabajo y las relaciones laborales de la comunidad de trabajo “Locooperativa”, en tanto experiencia situada y particular de trabajo asociativo autogestionado de Santiago de Chile. Finalmente, se discuten las potencialidades del “cooperativismo loco” como modelo de trabajo para la diversidad y la inclusión en el Chile contemporáneo.

2. Modalidades de inserción laboral en salud mental

El avance de los procesos de reforma psiquiátrica en América Latina ha sostenido la inclusión en la comunidad como un objetivo prioritario frente a las condiciones de segregación sistemática del modelo asilar. En Chile, la implementación del enfoque comunitario y la extensión de la atención ambulatoria han favorecido la integración de usuarios(as) de servicios de salud mental en dos ámbitos de desarrollo ocupacional: programas de rehabilitación psicosocial y de trabajo protegido.

Los programas de rehabilitación psicosocial forman parte de las modalidades de atención en las instituciones de salud mental y refieren principalmente a actividades socioculturales o artísticas (programas de radio, artesanía, manualidades, labores de huerto, reciclaje, entre otras) por las que los(as) usuarios(as) no perciben ningún tipo de remuneración económica. Por otro lado, los programas de trabajo protegido o apresto laboral se desarrollan en entornos protectores del área de salud y/o discapacidad e implican actividades productivas o de servicios (repostería, jardinería, panadería, banquetes, entre otras), por las cuales los(as) usuarios(as) reciben una remuneración muy baja en relación con el trabajo realizado (incentivos) y con restricciones para la administración de su propio dinero.

Si bien las modalidades de desarrollo laboral mencionadas anteriormente son las predominantes en salud mental, se han comenzado a implementar también programas de empleo con apoyo, que implican acciones centradas en la persona para pro-

mover su adaptación al perfil ocupacional en empleos competitivos. Esta modalidad se sustenta en el modelo “primero coloca y después entrena” y enfatiza la inserción en el mercado regular para una formación en el lugar de trabajo, sobre la base de la implementación de un sistema individualizado de apoyo de larga duración (López-Álvarez et al. 2004; Valmorisco-Pizarro, 2018). De acuerdo con este modelo, la gestión de puestos laborales en empresas, los procesos de intermediación laboral y las cuotas de reserva en el mercado regular han comenzado a adquirir mayor relevancia como estrategias que aseguren la contratación de personas en situación de discapacidad y favorezcan su integración en el ámbito laboral (Calderón y Calderón, 2012).

En Chile desde el 1 de abril del 2018 ha entrado en vigor la Ley 21.015 “Incentiva la Inclusión de Personas con Discapacidad al Mundo Laboral”, que estipula que todas las empresas u organismos públicos que tengan más de cien trabajadores deben reservar el 1% de sus empleos para personas que presenten alguna discapacidad o pensión de invalidez. Si bien la normativa tiene por objetivo disminuir las barreras de acceso al mercado laboral para las personas en situación de discapacidad, se visualizan dificultades respecto a su cumplimiento desde un enfoque de derechos.

De acuerdo con los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), en los procesos de inclusión laboral se deben considerar la implementación de ajustes razonables y modalidades de apoyo (Palacios, 2008). Sin embargo, la normativa recientemente implementada no especifica la aplicación de estas orientaciones para la participación plena y efectiva en el mundo laboral. De esta manera, si bien la Ley 21.015 fomenta el acceso de las personas en situación de discapacidad al empleo regular, no garantiza condiciones de accesibilidad en los sistemas de trabajo. Por lo tanto, se ha planteado que esta estrategia es coherente con un modelo de inserción laboral que se focaliza en la adaptación del individuo a los valores de productividad, competitividad y rentabilidad, aspectos que se ven reforzados en una economía de mercado (Chuaqui, 2015).

Junto con ello, en un contexto neoliberal en el que imperan políticas de subsidiariedad y gasto social focalizado, son en su mayoría organismos privados los que obtienen financiamiento en la implementación de las modalidades de desarrollo laboral referidas anteriormente. Al respecto, los programas de rehabilitación psicosocial se desenvuelven en servicios de salud o centros de rehabilitación que reciben recursos económicos desde el ámbito sanitario por medio del pago de prestaciones en el marco de programas de atención de salud mental. Por otra parte, las modalidades de trabajo protegido y empleo con apoyo son desarrolladas principalmente por organismos privados, los que obtienen financiamiento estatal desde el área de discapacidad bajo la modalidad de fondos concursables o bien, de acuerdo con la reciente Ley 21.015 reciben donaciones o desarrollan contratos de prestación de servicios con empresas que no tengan en su plantilla personas en situación de discapacidad y no puedan realizar la contratación en forma directa.

De esta manera, las regulaciones y normativas que orientan estas estrategias de inserción laboral garantizan que instituciones privadas obtengan beneficios económicos al implementar programas en este ámbito, dejando en un segundo plano la participación social efectiva y en primera persona de los beneficiarios directos de los procesos de desarrollo laboral. Al respecto, Chuaqui (2015) señala que los programas de rehabilitación psicosocial y trabajo protegido no resuelven el problema y mantienen a las personas en una burbuja asistencial: mientras mayor es el tiempo que permanecen las personas en este tipo de iniciativas, es menor la probabilidad de que

busquen y encuentren un empleo competitivo. Del mismo modo, Chuaqui (2015) ha descrito que las modalidades de integración al empleo dependiente no consideran los proyectos de vida de las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos, sino que implican procesos de normalización y adaptación al mercado laboral. A su vez, en el ámbito del trabajo independiente, los recursos económicos para emprendimientos son administrados por profesionales y familiares, reproduciendo un modelo paternalista que limita la gestión financiera de forma directa por los beneficiarios.

Por otra parte, un componente relevante respecto a los procesos de inserción laboral se encuentra en la regulación que establece que la contratación de una persona en situación de discapacidad en un empleo formal implica la disminución progresiva de la Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI) después de dos años de recibir un sueldo superior a un Ingreso Mínimo Mensual. Bajo esta normativa, de acuerdo con la percepción de las personas en situación de discapacidad, recibir la PBSI desincentiva la búsqueda de empleo, en la medida que la inserción al mercado laboral implica una eventual pérdida de este beneficio (Castillo-Parada y Cea-Madrid, 2017). Sin embargo, el dinero recibido por concepto de PBSI no alcanza para satisfacer necesidades básicas y garantizar una vida independiente (corresponde a 110.201 pesos mensuales, 130 euros aprox.) generando problemas económicos y dependencia familiar, por lo tanto, las personas requieren conseguir un trabajo remunerado que promueva su autonomía (Castillo-Parada y Cea-Madrid, 2017). De esta manera, se advierte una contradicción entre el derecho al trabajo y el derecho a la protección social, reforzando la PBSI prácticas de institucionalización y sobreprotección, ejercicio de un rol de enfermo y falta de iniciativa en el ámbito de la obtención de ingresos económicos para el desarrollo de una vida autónoma e independiente (Chuaqui, 2015).

En definitiva, las modalidades de inserción laboral y las normativas orientadas a regular el acceso al trabajo para personas que han recibido diagnósticos psiquiátricos y se encuentran en situación de discapacidad, se observan insuficientes para superar el desempleo, garantizar oportunidades laborales y promover una participación efectiva en el campo del trabajo.

3. Las cooperativas sociales como alternativas de trabajo en salud mental

En el contexto europeo, durante la década de los 70' surge un modelo laboral alternativo que tuvo por objetivo promover la inclusión social y económica de personas en situación de desventaja social. De acuerdo con el legado de Franco Basaglia, principal impulsor del movimiento *antimanicomial* en Italia, quien sostenía que el encierro, la discriminación y la negación del acceso al trabajo constituían el núcleo central de la exclusión social de las personas diagnosticadas por motivos psiquiátricos (Colucci y Di Vitorio, 2006), se comienza a implementar el modelo cooperativo como alternativa al cierre de los hospitales psiquiátricos con base en el potencial emprendedor y colaborativo de las personas externadas de los manicomios (Rotelli, 2014; Cangiano, 2017).

En este contexto, nacen las cooperativas sociales para reconvertir y usar de manera diferente los recursos materiales y humanos depositados en las instituciones psiquiátricas, permitiendo activar y atraer nuevos recursos e invertirlos en la producción de salud mental (de Leonardis et al., 1995). El modelo cooperativo se erigió

como una alternativa al circuito de exclusión social que sostenía el sistema psiquiátrico, caracterizado por la pérdida de empleo e ingresos económicos, reforzado por prejuicios que fomentan el estigma y la discriminación en los entornos laborales, la marginación de los espacios productivos y la pérdida de roles sociales significativos (Cangiano, 2017). De esta manera, las cooperativas sociales respondieron a este circuito de la exclusión promoviendo procesos de inserción laboral en el intersticio entre trabajo no pagado, ausencia de derechos (en el caso del manicomio, ausencia de libertad, privación de derechos por un tiempo indefinido) y capacidades laborales latentes (Cangiano, 2017). Al respecto, las cooperativas sociales se constituyeron como espacios productivos donde las personas trabajaban, tomaban decisiones, valorizaban sus capacidades, tenían intercambios y razones para intercambiar (de Leonardis et al., 1995); espacios comunitarios en que las personas desarrollaban oportunidades de vida para multiplicar los intercambios sociales alrededor de un estatuto de trabajador y para crear ingresos (de Leonardis y Emmenegger, 2011).

Sobre la base de estas experiencias, el modelo cooperativo en salud mental se ha desarrollado de acuerdo con cuatro principios: la superación de la discriminación, la participación democrática, el reconocimiento de capacidades diversificadas y el derecho al trabajo (Cangiano, 2017). Lo anterior, implica que no se da un trabajo a una persona etiquetada con un diagnóstico psiquiátrico como resultado y reconocimiento de que ya está mejor (un premio), ni como terapia o rehabilitación, sino como una condición preliminar para que pueda estar mejor (un derecho) y se le ayuda también a ejercer y a vivir de este trabajo (Rotelli, 2014).

En el contexto italiano actual, las cooperativas sociales colaboran principalmente con el Estado y se articulan con servicios de carácter territorial. Al respecto, los organismos estatales sostienen mecanismos de asignación directa o de licitación pública con estas iniciativas, así obtienen contratos por mejores precios para el desarrollo de políticas sociales y sanitarias en el ámbito local y representan una oferta económicamente más ventajosa de acuerdo con su naturaleza no lucrativa (Cangiano, 2017). En este marco, el mundo de la cooperación social constituye un área en la cual los recursos públicos entran en una “zona protegida”, que limita derivaciones mercantilistas con el objetivo de crear trabajos a través de servicios a favor de las personas, fortaleciendo sus recursos y capacidades, con intervenciones más efectivas en el entorno social y comunitario (de Leonardis y Emmenegger, 2011).

Bajo estas orientaciones, las políticas públicas de promoción de cooperativas sociales en Italia sostienen un modelo de asistencia social basado en derechos, más orientado al cuidado de los lugares que a proveer lugares de cuidado, en el sentido de que el trabajo con las personas se incorpora y es mediatizado por un trabajo sobre sus contextos de vida (de Leonardis y Emmenegger, 2011). De esta manera, el modelo cooperativo no sólo representa una alternativa a las modalidades de inserción laboral en salud mental que se erigen bajo el neoliberalismo, sino que expresa el potencial del Estado y la organización de la comunidad para subvertir relaciones de exclusión en la sociedad contemporánea.

4. Metodología

El enfoque metodológico del presente estudio corresponde a una perspectiva cualitativa y posee un diseño de investigación de estudio de caso. La fundamentación de

este método se orienta por los planteamientos de Rodríguez et al. (1996) para quienes los diseños de caso único centran su análisis en un proceso singular, debido a su potencial contribución al conocimiento y a la construcción teórica, así como por el interés de aproximarse a un fenómeno social con características situadas y específicas. Lo que caracteriza al estudio de caso es el descubrimiento de nuevas relaciones y conceptos, así como la comprensión de la singularidad en su contexto, destacando su carácter complejo y particular (Stake, 1988). La perspectiva cualitativa contribuye a un examen comprensivo del caso, permitiendo acercarse en profundidad a la perspectiva de los propios sujetos en su entorno social y los significados acerca del fenómeno de estudio (Schettini y Cortazzo, 2015; Vasilachis, 2006).

La presente investigación se centra en la comunidad de trabajo Locooperativa, emprendimiento económico solidario de Santiago de Chile que reúne actualmente a cuatro personas con experiencia de atención de salud mental y cuatro profesionales de las ciencias sociales. Esta iniciativa nace el año 2016 con activistas del colectivo Autogestión Libre-mente³ a raíz de la situación laboral de desempleo o subempleo que afectaba a parte de sus integrantes. Desde el año 2018, la Locooperativa se desenvuelve en tres áreas de trabajo: capacitación en espacios universitarios, servicios de banquetes en actividades académicas, venta y distribución de libros.

Como proyecto de trabajo colaborativo, la Locooperativa es una de las experiencias pioneras en Chile de implementación del modelo cooperativo en salud mental, reuniendo en condiciones de horizontalidad a personas con y sin experiencia de atención de salud mental en los procesos de toma de decisiones y en la distribución de los recursos generados. Junto con ello, la Locooperativa no ha contado con apoyo institucional ni financiamiento público o privado para su funcionamiento, por lo tanto, ha desarrollado sus actividades laborales bajo los principios de la autonomía y la autogestión. Estas particularidades sitúan a la Locooperativa como una comunidad de trabajo con características particulares que dan relevancia al estudio de los significados sobre la gestión del trabajo y las relaciones laborales de sus integrantes.

Para la presente investigación, se realizaron seis entrevistas individuales (EI) a cuatro hombres y dos mujeres socias trabajadoras con algún cargo o integrantes de alguna comisión de la Locooperativa, tres personas con experiencia de atención de salud mental y tres personas con formación profesional en disciplinas de las ciencias sociales. Este criterio de participación se justifica en términos de paridad en sus trayectorias de vida y en que los(as) socios(as) que conforman los cargos y comisiones han participado desde el inicio del proyecto. De esta manera, la selección de los participantes tuvo por finalidad ahondar en la especificidad de un colectivo social, contribuyendo al estudio de un grupo con características compartidas y que realiza una actividad común, a pesar de sus diferencias individuales.

A su vez, se realizó una sesión de grupo focal (GF) con cuatro integrantes (dos hombres y dos mujeres) que participaron de la etapa anterior y mostraron interés en profundizar en los temas abordados en las entrevistas individuales. Esta técnica de producción de información permitió aproximarse a las experiencias colectivas y significados compartidos en torno al fenómeno de estudio (Canales, 2006). En relación con los aspectos éticos, cada participante firmó un consentimiento informado en el

³ Organización comunitaria que reúne a personas que han recibido atención de salud mental, profesionales, estudiantes y familiares bajo los principios de la horizontalidad y el apoyo mutuo con el objetivo de promover el bienestar desde la comunidad y defender los derechos humanos en el campo de la salud mental.

que se solicitaba la utilización de los contenidos abordados en las entrevistas y grupo focal con fines de divulgación científica. La Tabla 1 presenta la edad, ocupación, cargo en la Locooperativa de los(as) seis participantes que integraron la investigación, así como las técnicas aplicadas.

Tabla 1. Elaboración propia en base a información otorgada por los(as) participantes

Nombre	Edad	Ocupación	Cargo en la Locooperativa	Técnica
Simón	51	Técnico financiero	Inspector de cuentas	EI
Tamara	28	Antropóloga	Comisión de educación	EI - GF
Rodolfo	52	Activista	Gerente	EI - GF
Cristóbal	55	Activista	Administrador	EI - GF
Angélica	49	Periodista	Comisión de educación	EI - GF
José	32	Psicólogo	Comisión de educación	EI

Para analizar los datos producidos en las entrevistas y grupo focal, se utilizó el método de análisis de contenido categorial temático, en tres etapas consecutivas y recursivas: preanálisis, codificación y categorización (Vázquez, 1994). Las categorías se orientaron a identificar los temas centrales de la investigación, enfatizando los sentidos, valores y prácticas en torno al trabajo de la Locooperativa como unidad global de análisis, destacando los campos de significado más relevantes y compartidos por los(as) participantes del estudio.

5. Significados sobre la gestión del trabajo y las relaciones laborales de la Locooperativa

Los resultados del proceso de análisis dan cuenta de dos categorías centrales respecto a los significados sobre la gestión del trabajo y las relaciones laborales en la comunidad de trabajo Locooperativa: “Locura trabajando”: horizontalidad y apoyo mutuo, “Cooperativismo loco”: autonomía y bienestar desde la comunidad, las que se describen a continuación.

5.1. “Locura trabajando”: horizontalidad y apoyo mutuo

Esta categoría considera los valores que conforman la identidad colectiva de la Locooperativa. A su vez, reúne los significados en torno a las prácticas de inclusión laboral y gestión del trabajo que desarrolla esta comunidad en sus acciones colaborativas, de acuerdo con las voces de sus participantes.

Respecto a los valores compartidos por los(as) integrantes de la Locooperativa, un participante refiere el vínculo de esta experiencia con el movimiento social desde el cual nace, destacando aspectos relacionados al activismo como eje del trabajo cooperativo:

[Compartíamos] una serie de valores que de alguna manera nosotros ya poseíamos por el hecho de trabajar como activistas en salud mental, que tienen que ver con la cooperación, la solidaridad, el desarrollo de relaciones horizontales, el apoyo mutuo, así como habilidades que tienen que ver con el simple hecho de apoyarse mutuamente en el colectivo, que tienen que ver con la empatía, la capacidad de escucha, la tolerancia, la capacidad de formar consenso a partir de la divergencia que pueda haber de opiniones o las diferencias, valores que también tienen que ver con el ámbito de la democracia (José, EI).

Con base en estos valores, otra participante señala que la Locooperativa plantea una alternativa laboral que tiene por objetivo entregar mayor autonomía a las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos, en el desempeño de un trabajo asociativo que acepte y valore la diversidad:

[Se busca] trabajar en lo que a uno le acomode, en lo que uno quiera, de la manera que uno quiera, compartiendo realmente responsabilidades, errores, logros. Un trabajo solidario, un trabajo socialista digamos, en la medida que se sociabiliza todo: cómo lo vamos a hacer, la planificación, la organización, entonces el objetivo práctico, el objetivo concreto, para mí sería el dar una alternativa de trabajo especialmente a las personas locas (Angélica, EI).

Estas orientaciones determinan una forma particular de concebir la diversidad como un principio central en la organización laboral de la Locooperativa, en torno a la valoración y el reconocimiento de las capacidades diferentes, según señala otro entrevistado:

Yo creo que ese es un principio que todos los que participamos ahí lo tenemos: el respeto por la diferencia. Luego de eso, las demás son todas accesorias. Porque, por ejemplo, el principio es trabajar sobre las capacidades de la persona y no sobre sus limitaciones. Fomentar los sueños o los proyectos de la persona y no las frustraciones y los fracasos. Sacarle provecho para la persona y para el grupo a las experiencias y a los conocimientos que la persona tiene (Rodolfo, EI).

De esta manera, la valoración de las distintas capacidades y la disposición a un trabajo horizontal, configuran las relaciones laborales entre personas con y sin experiencia de atención de salud mental al interior de la Locooperativa. A su vez, adquiere importancia el cooperativismo como modelo de organización del trabajo, en la medida que facilita y promueve la inclusión laboral teniendo como eje la participación, la flexibilidad y el consenso: “Acomoda la cooperativa porque se adapta el trabajo a la persona y no al revés como en los trabajos de las empresas que son los tradicionales. Entonces en la cooperativa, cada uno decide en qué trabajar, cuando trabajar y cómo trabajar, y se conversa entre todos y cada uno ve, elige también sus tiempos, sus capacidades” (Angélica, GF). A su vez, el cooperativismo en su formato colaborativo representa un modelo alternativo frente al sistema empresarial centrado en la competitividad y la verticalidad: “En la empresa típica se da el asunto de la competitividad y aquí yo creo que es el tema del apoyo, que yo creo que es el más importante, el apoyo del uno al otro y la horizontalidad, que eso es algo que no se da en una empresa, es imposible” (Cristóbal, GF).

Junto con ello, la inclusión laboral para otro integrante de la Locooperativa no se restringe a otorgar una fuente laboral a personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos, sino que también se presenta como una opción de trabajo para las personas denominadas “cuerdas”, sin diagnósticos psiquiátricos, bajo un formato de cooperativa “mixta”:

[En la Locooperativa] quisimos ir más allá y trabajar la inclusión al revés de lo que se piensa, en vez de llevar a los locos a incluirlos en el sistema, donde los explotan, donde los profesionales sacan mano de obra barata, ganan plata a costilla de los locos, los explotan en proyectos de trabajo protegido, supuestamente preparándolos para el campo laboral y al final de inclusión nada, nosotros quisimos ir un poco más allá entonces somos inclusivos en la Locooperativa con los cuerdos de remate, es una cooperativa mixta por decirlo de alguna forma, trabajamos los locos y las locas y además los cuerdos (Rodolfo, EI).

De este modo, el aspecto “inclusivo” de la Locooperativa también se expresa respecto a sus miembros asociados, en la medida que no establece barreras o discriminaciones hacia las personas por sus diferencias, como señala otra entrevistada:

Nosotros siempre decimos que en nuestra cooperativa la inclusión es hacia las personas cuerdas, que somos algunas personas que trabajamos en la cooperativa. Pero la inclusión, como la veo yo, es no excluir a nadie por ser distinto finalmente, no sé, por ejemplo, si alguien es más lento para ciertos trabajos, o hay que decir las cosas tres veces y no entiende, la verdad nosotros no los vamos a echar, ni vamos a poner barreras para que esa persona trabaje con nosotros. Nuestra cooperativa es inclusiva porque incluye la diferencia (Tamara, EI).

En este sentido, la conformación de la Locooperativa por personas con experiencia de atención de salud mental y personas profesionales de las ciencias sociales (personas “cuerdas”) constituye una característica central de esta iniciativa, en la medida que integra en un trabajo en conjunto a personas con diferentes niveles educativos y trayectorias laborales previas.

Sin embargo, a pesar de las diferencias individuales de sus integrantes, la organización del trabajo de la Locooperativa se destaca por la reciprocidad y la apertura hacia el otro en un plano de igualdad, como describe un integrante de esta iniciativa: “[Lo más importante es] la cooperación, es decir el cooperar, no el sentido de pensar en mí sino el disponerme hacia el otro, por las necesidades que el otro pueda tener y que yo pudiera tener también y que otros pudieran ayudarme en apoyo” (Cristóbal, EI). Por otra parte, respecto al desarrollo laboral de la Locooperativa otro participante destaca la relevancia de los valores comunitarios como un sello de las labores realizadas: “La fraternidad, la ayuda, aportar un grano de arena en cada una de las cosas que hacemos y tratar que las cosas se hagan bien” (Simón, EI).

Según las capacidades diversas de los(as) integrantes de la Locooperativa, otro aspecto relevante respecto a la organización del trabajo se relaciona con la reciprocidad en la distribución de las tareas, restringiendo la especialización de las labores, promoviendo la rotación de los cargos y el carácter colaborativo de cada acción con la finalidad de promover el aprendizaje mutuo, como señala el siguiente entrevistado:

Lo otro importante es la distribución de las labores, de que aun cuando hay cargos con denominación, la idea es ser partícipe todos en esas actividades, porque eso te da la ventaja de hacer un aprendizaje de todo el grupo de toda la actividad, por lo tanto, cualquiera estaría capacitado para hacer cualquier cosa y eso yo creo que es algo bien importante que no se da en el plano general que se tienden a circunscribir ciertos aprendizajes o ciertos conocimientos que se le otorga a cada uno, por el contrario, acá la idea es que todos rotemos y con eso vas enriqueciendo, en el sentido de cuando está restringido a una sola persona, es poca la posibilidad que se vaya enriqueciendo uno al aprender y otro al que sabe ir entregando más conocimientos o intuiciones (Cristóbal, EI).

Por otra parte, en relación con la planificación y gestión del trabajo, los(as) participantes de la Locooperativa destacan principios como la equidad y la solidaridad para un buen desempeño laboral. Sobre este punto, el mismo participante referido anteriormente valora la discusión como ámbito de desarrollo de diferentes puntos de vista que pueden llegar a consenso:

El plano de lo justo, que es la justicia, eso para mí es muy importante porque en general se da muy poco, el poder reconocer, el reconocimiento, el apoyo, el aporte, la generosidad, es vital, el querer hacerlo lo mejor posible - no ser el mejor - en todo ámbito y en todo aspecto. Y la discusión, yo creo que eso es un punto muy importante, el someter a discusión toda temática. Yo me acuerdo de que cuando estábamos haciendo los estatutos de la cooperativa había mucho disenso en varios términos, pero no era disenso por disentir no más, sino que era por posturas distintas y que se podía desarrollar, ese yo creo que es otro buen elemento, el lograr desarrollar puntos de encuentro sobre la visión de lo que se quiere y eso yo creo que es bien importante (Cristóbal, EI).

En este sentido, la diversidad de puntos de vista y la confrontación de opiniones, no constituyen un aspecto negativo sino un atributo de la Locooperativa, primando la negociación y el consenso como prácticas de resolución democrática en la toma de decisiones. De acuerdo con ello, en la Locooperativa destaca el carácter participativo en la definición de las acciones colectivas: “[Decidimos] entre todos. Lo debatimos, damos nuestro punto de vista y ahí votamos” (Simón, EI), así como la condición igualitaria de todos(as) los(as) integrantes: “[En la Locooperativa] se prescinde del factor de la condición de la persona, si está *psiquiatrizada* o no está *psiquiatrizada*, esa es una cuestión bien importante, que en general en los dispositivos de salud y en los trabajos, es un factor que no se considera o se considera como un favor que se le está haciendo a la persona y aquí no, somos todos iguales en términos de decisiones” (Cristóbal, EI). De esta manera, en la gestión del trabajo adquieren relevancia los valores de igualdad y horizontalidad en los procesos de toma de decisiones, a pesar de las diferencias de formación académica y trayectorias vitales de los(as) integrantes, como señala el siguiente entrevistado:

El principio de igualdad, a propósito de los cuerdos que participan de la ‘Locooperativa’, da lo mismo que la persona tenga un título universitario o un postgrado, eso, o sea bienvenido sus conocimientos y su experiencia, pero eso pesa exactamente lo mismo que un doctorado en locura, un magister en esquizofrenia, cualquier otro postgrado que tenemos los que estamos ahí y estamos locos (Rodolfo, EI).

En coherencia con lo anteriormente descrito, la asamblea es el órgano soberano para la toma de decisiones y el control democrático en la administración y gestión financiera de la Locooperativa, de acuerdo con el relato de un participante:

El ámbito más importante de decisión es la asamblea, es el órgano soberano que en el caso de nuestra cooperativa también es el que define las directrices, lo que se va a ejecutar, las decisiones más importantes se toman en asamblea donde obviamente como en cualquier cooperativa se sigue el principio de una persona un voto y entonces de esa manera hemos tomado las decisiones hasta ahora (José, EI).

En suma, las relaciones laborales al interior de la Locooperativa se orientan por valores éticos y prácticas inclusivas que se expresan en la gestión democrática y participativa del trabajo. Estas acciones se sustentan en el reconocimiento de las diferencias y la valoración de la diversidad en el campo laboral, conformando la identidad colectiva de la comunidad de trabajo Locooperativa.

5.2. “Cooperativismo loco”: autonomía y bienestar desde la comunidad

Esta categoría reúne los aspectos beneficiosos de la Locooperativa para sus integrantes y los significados respecto a la importancia del cooperativismo en el campo de la salud mental.

Sobre la relevancia del modelo cooperativo, un participante refiere que este modelo fortalece las capacidades y recursos de las personas destacando el hacer en común y los caminos de la autogestión:

Una cooperativa promueve lo comunitario, las relaciones que incluyen los conflictos por supuesto, ponerse de acuerdo, transar, relacionarse, comunicarse, construir juntos y además generar recursos, extra, apostamos a que sean recursos...o sea son recursos ilimitados en realidad porque depende de las capacidades que nosotros tengamos, entonces empiezas a depender de lo que tú puedes hacer, pero con un grupo de personas (Rodolfo, EI).

De esta manera, el cooperativismo en el ámbito de la salud mental contribuye a reconocer y potenciar las capacidades de las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos, adecuando el sistema de trabajo a esas capacidades, como señala el mismo entrevistado:

Nosotros hemos descubierto, con alegría, porque lo sabemos, que las personas [que han sido diagnosticadas por motivos psiquiátricos] tienen un montón de capacidades y sobre esas capacidades es sobre las que hay que trabajar. Entonces el sistema hay que adecuarlo a esas capacidades y no al revés, que la persona tenga que adecuarse al sistema, eso es esclavitud, estandarización, como producción en serie de personas que se adaptan al sistema (Rodolfo, EI).

En este sentido, la contribución del modelo cooperativo en el campo de la salud mental se orienta a activar capacidades y relaciones laborales en personas que han sido discriminadas y excluidas de los contextos de trabajo tradicionales: “Apoyar a gente que es discriminada [...] que no trabajamos tanto, vivimos de la pensión y

viven aislados, así vive la mayoría de la gente como nosotros, diagnosticada y toda la cuestión, entonces es mejor sacarlos de las casas, ponernos las pilas” (Simón, EI). Junto con ello, otro participante señala que el modelo cooperativo permite superar el estigma hacia las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos, al demostrar que es posible garantizar el derecho al trabajo con base en un proyecto laboral alternativo, que valide las diferencias y acoja la diversidad:

El cooperativismo creemos que puede resultar fundamental por varios lineamientos y objetivos que tiene que ver por ejemplo con terminar con el estigma de las personas que han sido diagnosticadas, relevar su capacidad de trabajo, empoderarlos en su trabajo, en sus habilidades para desarrollar un trabajo, entregarles herramientas y, mejor dicho, entregarles la administración de sus recursos, directamente a ellos, que puedan administrar su dinero y hacer lo que ellos deseen con su dinero. También, fomentando espacios de trabajo donde se termine con el estigma y la sociedad pueda reconocer que sí se puede trabajar y que sí se pueden desplegar habilidades dentro de un espacio de cooperativa de trabajo (José, EI).

De esta forma, el modelo cooperativo en el campo de la salud mental contribuye a generar nuevos escenarios de crecimiento personal, en la medida que permite potenciar la autonomía económica, reconocer fortalezas propias y desarrollar un proyecto de vida:

Trabajar en lo que a uno le gusta, en lo que a uno le hace sentido, tener ganas de aprender otras cosas, ser capaz de dar apoyo a otros y también ser capaz de recibir apoyo en lo que a uno le falta, compartir los conocimientos, ponerlos en común. Eso crea seguridad en las personas, alimenta la autoestima, la persona se va empoderando, va renovando sus proyectos vitales, vuelve a soñar, vuelve a creer que es posible, se independiza de la familia o de cualquier grupo cercano que lo tenga asimilado como un incapaz o como un no productivo (Rodolfo, GF).

En relación con el modelo cooperativo, el mismo entrevistado refiere el sentido positivo de dejar atrás el trato paternalista y sobreprotector que predomina en el sistema de salud mental, para establecer relaciones recíprocas y colaborativas que enriquezcan los vínculos sociales en un entorno comunitario:

El cooperativismo implica ponerse a disposición de los demás y de atender esas necesidades y aunque al principio, porque uno arrastra un modelo para atrás, cuesta un esfuerzo salir de eso. Lo hemos visto con varios compañeros que han hecho la experiencia. No tienen habilidades porque están acostumbrados a que en su casa le hagan las cosas, a que los manden, a que les hagan las cosas como niños [participar] implica un esfuerzo, pero es un esfuerzo que, a la larga, los empodera, los independiza y después se llenan de motivación y de ganas y de energía, entonces es un círculo virtuoso. Implica pasarse de un círculo vicioso a uno virtuoso, y es una cosa de ganar-ganar porque mientras más la persona pone en el grupo, el grupo le devuelve más, entonces eso es una relación que es puro beneficio. Y además es una relación abierta, que no implica una subordinación o una dependencia, salvo para prestar algunas cosas, en que nos comprometemos a hacer determinadas tareas, pero es una relación social super-rica. O sea, es llevar un ideal social al campo del

trabajo pero que no solo queda en la actividad del trabajo mismo, sino que queda en la dinámica social del grupo, en las relaciones, en las formas de comunicarnos, de cómo nos colaboramos, cómo resolvemos nuestros temas. Súper enriquecedor (Rodolfo, EI).

En este marco, el cooperativismo en el ámbito de la salud mental representa una alternativa de organización del trabajo que responde de mejor manera a las necesidades laborales de las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos, permitiendo garantizar el derecho al trabajo y la inclusión laboral desde el protagonismo en primera persona:

[El cooperativismo] nos permite además instalar en el campo de la salud mental, para los que sean capaces de darse cuenta, una real alternativa de inserción laboral de las personas, como le llaman allá, pero real. En cosas concretas y reales, no eso del trabajo protegido, los talleres laborales, que hacen a los locos hacer pan o hablar cosas bonitas, o cantar o pintar mandalas, no, realmente trabajo, trabajo propiamente tal. Es una forma de activismo y de demostración práctica que lo que hemos estado haciendo como activistas en derechos humanos y salud mental tiene este componente que es súper importante, del trabajo [...] Entonces por eso: trabajar como loco, locura trabajando, un montón de eslogan que podemos instalar, juegan, hacen sentido en el campo de la salud mental, de la recuperación, de la rehabilitación, de la reinserción, pero con cosas concretas y reales. Y además desde las propias personas y no desde los profesionales que vienen a instalar o hacer la práctica de los modelos y que dirigen, que mandan el juego, y que les pagan por eso. No, aquí es desde nosotros, por nosotros, con nosotros, para nosotros (Rodolfo, EI).

Al respecto, el modelo cooperativo en salud mental que sostiene la Locooperativa se presenta como un referente de buenas prácticas en el ámbito de la inclusión laboral, al desarrollar una concepción de trabajo integral y abierto a la comunidad:

[Pretendemos] abrir un marco, una experiencia y más que una experiencia un hito, un referente para demostrar que se pueden hacer cosas, es decir que se pueden hacer desde el punto de vista laboral y que va más allá yo creo que lo laboral, es un espíritu de percepción de un sentido de vida, a mí me da esa impresión porque el cooperativismo no es un elemento tan simple de decir “somos cooperativistas”, no, tiene un espíritu y eso yo creo que es algo bien importante. Y es además abrir la posibilidad para gente que esté en condiciones digamos, de necesidad y que pueda a partir de sus propias capacidades y la disponibilidad de sus tiempos, desde un punto de vista emocional, ser parte de ello (Cristóbal, EI).

A su vez, el carácter inclusivo de la Locooperativa se observa como una oportunidad de ayuda para las personas diagnosticadas por motivos psiquiátricos, cuyo desarrollo laboral se ve afectado por el consumo de psicofármacos: “Me estoy tomando los medicamentos, pero estoy tan mal y realmente no ayudan a pensar a organizarse, ni esto ni lo otro. Ahora la Locooperativa es una oportunidad, puede ayudar a muchos, aparte de nosotros a la comunidad psiquiátrica, que son los que padecen [...] ayudar a la comunidad, a nosotros, los diagnosticados, simpatizantes y eso” (Simón, EI).

En este sentido, el impulso del modelo cooperativo con base en la experiencia de la Locooperativa también representa una alternativa a la psiquiatría al sostener que las personas que han sido diagnosticadas pueden trabajar, establecer lazos de apoyo mutuo para fortalecer su organización y aportar al cambio social:

Nuestro acercamiento podría ser básicamente para intentar que los locos y locas que hoy en día están institucionalizados, vean que si se puede trabajar, que sí pueden generar mayor autonomía conformando cooperativas, juntándose, organizándose, y que nosotros podamos servir como unas guías, como son hoy en día las cooperativas cuando otras cooperativas se quieren formar, nosotros podemos ayudar a otros locos y locas a organizarse, yo creo nuestro aporte va por ahí y no por ayudar a las instituciones para que puedan promover su concepto de inclusión. Crear una cooperativa de trabajo es político, porque se busca generar un cambio no individual como lo hace la terapia, sino generar un cambio social (Tamara, EI).

Con referencia a los efectos beneficiosos del modelo cooperativo, otra integrante de la Locooperativa destaca las oportunidades de cambio individual asociadas a la acción colectiva en función del ejercicio de roles sociales significativos. Lo anterior implica otra manera de relacionarse y un cambio de vida, centrado en la promoción de la autonomía:

Yo veo inclusión comunitaria, inclusión si lo pensamos desde lo social, llevar a la persona con diagnóstico psiquiátrico, psiquiatrizada, llevarla nuevamente al ámbito social, desde una revalorización personal, de un cambio, pensarse a sí misma. Porque generalmente, por la experiencia que yo he tenido, de las personas que conozco que han sido psiquiatrizadas, lo que pasa es que hay una anulación de ella como persona, como ser humano y se queda solamente con la identidad de enferma mental, de ahí parte su desarrollo humano, gente enferma, enferma de la cabeza [...] Entonces el cooperativismo saca a la persona, la obliga a salirse de eso, porque la obliga a cambiar su forma de vivir, y al cambiar su forma de vivir ella misma se cambia como persona. Entonces se da cuenta de que tiene capacidades, que sí puede hacer cosas, que sí puede generar recursos, que sí puede tomar decisiones, que sí puede hacer cosas sola, que si te dan instrucciones uno las sigue, que no tiene ningún problema para reflexionar, pensar, dar a conocer lo que piensa, enojarse y eso mismo te va llevando a ampliar tu ser social, tu estar en la comunidad (Angélica, EI).

De esta manera, la relación virtuosa entre cooperativismo y salud mental se asocia al desarrollo de la participación, la creatividad y el lazo social, como aspectos claves para promover el bienestar desde la comunidad:

Me motiva trabajar, porque trabajar es salud, un concepto mucho más amplio de salud, trabajar es salud mental, trabajar es saludable para la mente, donde quiera que esté la mente, porque no sabemos todavía, y es un círculo, si tienes más salud mental trabajas mejor, estás más lúcido, puedes hacer cosas, puedes ser más creativo, más activo, te lleva al vínculo social, a la participación, a salir de ti mismo y a pensar en otro y así es una máquina que se echa a mover (Rodolfo, EI).

En definitiva, las voces de los(as) integrantes de la Locooperativa destacan la importancia del cooperativismo y los beneficios de este modelo en salud mental, sosteniendo el “cooperativismo loco” como una alternativa para crear nuevas formas organizativas que permitan garantizar el derecho al trabajo y la inclusión laboral en la sociedad contemporánea.

6. Discusión y conclusiones

La incapacidad del mercado laboral para abrir puestos de trabajo que favorezcan la participación de las personas en su diversidad y las escasas oportunidades para acoger las diferencias en los espacios de trabajo formal, son factores asociados a una segregación sistemática de las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos del mundo laboral, limitando el ejercicio pleno de sus derechos de ciudadanía. En este contexto, la comunidad de trabajo Locooperativa plantea un modelo de trabajo alternativo con el fin de generar ingresos económicos, garantizar el derecho al trabajo y promover la inclusión laboral en el Chile actual.

De acuerdo con las voces de sus participantes, la identidad de la Locooperativa está conformada por los valores de la igualdad, la solidaridad, el respeto, el pluralismo y la participación democrática. A su vez, las prácticas de gestión del trabajo y las relaciones laborales de la Locooperativa se orientan por la horizontalidad en la toma de decisiones, la reciprocidad en la distribución de las tareas y la colaboración en la ejecución de las acciones colectivas. La articulación de estos valores y prácticas sostienen el “cooperativismo loco” como estrategia de inclusión laboral que promueve el reconocimiento de la diversidad y la valoración de las diferencias, expresando un modelo alternativo a las formas tradicionales de desarrollo laboral en programas de rehabilitación psicosocial, trabajo protegido, empleo con apoyo y cuotas de reserva en el mercado regular (Ley 21.015).

Desde la perspectiva del “cooperativismo loco”, la inclusión laboral constituye una “invitación abierta” a ser parte de una iniciativa de trabajo libre de etiquetas y discriminaciones, en la medida que en el hacer compartido no se realizan distinciones entre las personas que han sido diagnosticadas por motivos psiquiátricos y las que no, estableciendo un cuestionamiento a las modalidades de inserción laboral tradicionales dirigidas a personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos o en situación de discapacidad, bajo criterios de focalización y con base en un modelo asistencialista. De acuerdo con el relato de los(as) participantes del estudio, estas modalidades sustentan mecanismos de normalización y adaptación social, transformando el trabajo en una cárcel invisible, un nuevo enclaustramiento o camisa de fuerza social que fomenta la obediencia y la sumisión, limitando la realización personal (Chuaqui, 2015). Por otro lado, según las orientaciones del “cooperativismo loco” el derecho al trabajo se comprende como “participación libre” en relaciones significativas que se desarrollan en condiciones de igualdad y horizontalidad, bajo los principios de la solidaridad y el apoyo mutuo, destacando la colaboración entre pares y el trabajo asociativo.

De esta manera, el “cooperativismo loco” se erige como un modelo que cuestiona las modalidades tradicionales de inserción laboral en su carácter individual, impositivo y vertical; planteando una alternativa que contribuye a la generación de prácticas laborales que atiendan a la diversidad y la inclusión, brindando respuestas ajustadas

y flexibles en los contextos de trabajo. A su vez, promueve el desarrollo de prácticas de gestión del trabajo que se adaptan a las capacidades de las personas y reconoce la importancia de la participación horizontal y democrática en las decisiones relacionadas con los procesos productivos y los ritmos del trabajo. Finalmente, se orienta al fortalecimiento de la autonomía personal y colectiva, validando la voluntad y autodeterminación de las personas hacia la activación de sus recursos y capacidades. De esta manera, el “cooperativismo loco” se constituye como una iniciativa orientada a desmontar prejuicios respecto a la incapacidad laboral de las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos al generar espacios laborales más inclusivos, acogiendo las diferencias y particularidades de las personas en su entorno comunitario.

Según lo recabado en esta investigación, es posible sostener que el “cooperativismo loco” a pesar de haber surgido bajo los principios de la autogestión comunitaria, representa un modelo orientado a asentar bases materiales para el ejercicio de derechos de ciudadanía, en particular, aportar al desarrollo de servicios públicos en salud mental capaces de activar y apoyarse en los recursos de las comunidades, a partir de la promoción de espacios de colaboración mutua y de producción colectiva, de riqueza e intercambios plurales, y por lo tanto, orientados a promover el bienestar social y la calidad de vida en el mundo del trabajo (de Leonardis et al., 1995).

Si bien en el contexto nacional la comunidad de trabajo Locooperativa representa una iniciativa pionera y reciente, que se desarrolla a nivel microsocial, con un bajo período de conformación y con un limitado número de participantes; constituye una muestra de un grupo social con características específicas que promueve el derecho al trabajo y señala condiciones para su ejercicio de forma colectiva. Al respecto, es necesario desarrollar nuevos estudios que permitan dar cuenta de las tensiones, conflictos y contradicciones que se originan en este ámbito de gestión de lo común, considerando matices analíticos más concretos respecto al funcionamiento, virtudes y problemas en esta clase de iniciativas de trabajo autogestionado en el escenario contemporáneo.

En conclusión, la comunidad de trabajo Locooperativa representa una experiencia particular en que el modelo cooperativo se erige como un ámbito de estudio e intervención relevante para impulsar perspectivas concretas y situadas que promuevan la inclusión laboral en salud mental. En palabras de uno de sus integrantes: “[La Locooperativa] es una esperanza. Hay que ocuparse un cien por ciento. Y veremos. En pedir no hay engaño. Si empezamos a tener pérdidas, pero de repente hay que aguantar un poquito. Pero es una esperanza, y hay que jugársela”.

7. Bibliografía

- Calderón, M. J., y Calderón, B. (2012). “Los Centros Especiales de Empleo como mecanismo de tránsito hacia el mercado de trabajo ordinario”. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*. (75): 222-249.
- Campos, M., de Moraes, M., Vida, A., Fransozio, M. y Zavatin, R. (2013). “Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária”. *Psicologia: ciência e profissão*. 33(1): 174-191.
- Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social: introducción a los oficios*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Cangiano, P. (2017). “El caso italiano: abordaje histórico y funcional de las cooperativas sociales”. *Las cooperativas sociales en la prestación de servicios asistenciales. Análisis de*

- experiencias y de su potencial desarrollo en América Latina*. Buenos Aires: Universidad Nacional Tres de Febrero.
- Castillo-Parada, T. y Cea-Madrid, J. C. (2017). ““Sin nosotros no hay derechos”: apuntes sobre el Primer Encuentro Nacional por los Derechos Humanos de las personas en situación de discapacidad mental en Chile”. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*. 1(1): 76 – 92.
- Cardozo, D. (2018). “Investigar desde la extensión: apuesta a una epistemología pasional y rebelde”. +E: *Revista de Extensión Universitaria*. 8(9): 53-71.
- Chuaqui, J. (2015). “Exclusión y discapacidad psíquica”. En J. Chuaqui (Ed.), *Sociología de la salud: Chile 2008-2015* (pp. 25-90). Santiago de Chile: RIL Editores.
- Colucci, M. y Di Vittorio, P. (2006). *Franco Basaglia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- de Oliveira, F., Candido, M., Lima, J., Nascimento, D., Silva, F. y Antunes, J. (2018). “Articulação das políticas públicas de saúde mental e economia solidária – iniciativas de geração de trabalho e renda”. *HOLOS*. (6): 130-140.
- de Leonardis, O., Mauri, D. y Rotelli, F. (1995). *La empresa social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- de Leonardis, O. y Emmenegger, T. (2011). “La desinstitucionalización italiana: pistas y desafíos”. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. (22): 31-43.
- Hintze, S. (2010). *La política es un arma cargada de futuro. La economía social y solidaria en Brasil y Venezuela*. Buenos Aires: CICCUS-CLACSO.
- Hopp, M. (2018). “La cooperativa La Huella y su aporte a la construcción de un nuevo concepto de salud mental en Argentina Entrevista a Mariana Pacheco”. *Revista Idelcoop*. (225): 125-135.
- Lima, I. B., Silva, J. E., Falchetti, C. A., y de Souza, S. (2013). “Políticas públicas de saúde mental e economia solidária: construção de uma nova concepção”. *Revista de enfermagem UFPE*. 7(3): 1008-1015.
- López-Álvarez, M., Laviana-Cuetos, M., Álvarez-Jiménez, F., González Álvarez, S., Fernández-Doménech, M., y Vera-Peláez, M. (2004). “Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo: Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. (89): 31-65.
- Minoletti, A. et al. (2015). “Respeto a los derechos de las personas que se atienden en Servicios de Psiquiatría Ambulatoria en Chile”. *Revista médica de Chile*, 143(12), 1585-1592.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Cermi.
- Pereira, A., de Oliveira, F., Fortunato, M. y Carreiro, P. (2012). “Articulação saúde mental e economia solidária: relato de projeto de inclusão social”. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 13 (2): 454-462.
- Ribeiro, M. (2013). “Trabalho e “loucura”: articulações psicossociais possíveis? Reflexões da perspectiva da Psicologia Social do Trabalho”. *Universitas Psychologica*. 12(4): 1269-1282.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rotelli, F. (1998). “Empresas sociales en Italia. Balances y perspectivas”, en *Foro Intermunicipal Buenos Aires Sin Fronteras*. Buenos Aires: Centro de documentación en políticas sociales.
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Editorial Topía.

- Stake, R. (1988). *Investigación en estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Santero, R., Castro, B., Martínez, M. y Guilló, N. (2016). “Integración de personas con discapacidad en la Economía Social. Elementos facilitadores y obstáculos detectados”. *CI-RIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*. (88): 28-59.
- Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Valmorisco-Pizarro, S. (2018). “¿Primero entrena y después coloca o primero coloca y después entrena? Dos modelos antagónicos en la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental grave”. *Sociología del Trabajo*. (93): 287-306.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Vázquez, F. (1994). *Análisis de contenido categorial: el análisis temático*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.