

Significaciones y prácticas en torno al trabajo de mujeres externadas de un hospital neuropsiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, Argentina

Meanings and practices about work of women discharged from a psychiatric hospital of Buenos Aires province, Argentina

María Isabel Hartfiel¹, Sara Ardila-Gómez²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.365>

Resumen

Introducción: El trabajo es central para la inclusión social de personas que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas. Por ello es necesario generar conocimientos locales sobre estos procesos en personas que han sido externadas, como parte de la reforma de la atención en salud mental en Argentina. Así, el objetivo de este estudio fue describir las significaciones y las prácticas de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas en el Hospital “José A. Estéves” de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, acerca de su inclusión en el mercado laboral, a partir de su externación. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de tipo mixto, tomando como caso al grupo de mujeres que eran acompañadas por el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital “José A. Estéves”, en el año 2018. Se analizaron datos cuantitativos de todo el grupo (n=69) y se realizaron entrevistas semi-estructuradas con nueve señoras. **Resultados:** El 74% de las mujeres realizó algún trabajo desde su externación, aunque al momento del estudio, solo el 33% lo hacía. Los trabajos que desarrollaban correspondían a niveles ocupacionales elementales o de bajo nivel de competencia, mayoritariamente en un programa asistido de trabajo. Después de la internación, los trabajos obtenidos fueron menos calificados, más informales y menos expuestos al público que los desempeñados antes de la internación. **Discusión y conclusiones:** La internación psiquiátrica prolongada constituye un corte significativo en la trayectoria laboral de las personas. Pese al valor de las experiencias laborales de quienes logran conseguir un trabajo tras la internación, tales experiencias no implican, mayoritariamente, avances sobre el mercado formal.

Palabras clave: Salud mental - Trabajo - Integración social - Hospitales psiquiátricos.

Abstract

Introduction: Work is central to the social inclusion of people who have had long-term psychiatric hospitalizations. In the context of the mental health care reform in Argentina, it is important to produce local knowledge about work inclusion of people discharged from psychiatric hospitals. The objective of this study was to describe the meanings and practices of women who had long-term psychiatric hospitalizations at the José A. Estéves Hospital in the Province of Buenos Aires, Argentina, regarding their inclusion in the labor market, once they return to live in the community. **Methods and materials:** Descriptive mixed-methods study. The case of the Assisted Discharge and Rehabilitation Program of José A. Estéves Hospital, which accompanied 69 women in the year 2018, was analyzed. For quantitative analysis the

RECIBIDO 22/10/22 - ACEPTADO 02/01/23

¹Licenciada en Sociología. Directora Asociada del Hospital Estéves. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Docente Adjunta, Universidad Nacional “Arturo Jauretche”, Buenos Aires; Argentina. ORCID: 0000-0003-3882-7727

²Doctora en Salud Mental Comunitaria. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones, Argentina. CONICET, Argentina. ORCID: 0000-0002-0022-7438

Autora correspondiente

Sara Ardila-Gómez

saraardi.cursos@gmail.com

Institución en la que se realizó la investigación: Programa de Rehabilitación y Externación Asistida, Hospital “José A. Estéves”, Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires, Argentina.



data of the 69 women was analyzed, and for qualitative analysis a sample of nine women were interviewed. Results: 74% of women did some work after their discharge, although at the moment of the study only 33% were working. The jobs they carried out corresponded to elementary and low-competence occupational levels, mostly in a supported work program. After the psychiatric hospitalization, jobs obtained were less qualified, more informal and less exposed to the public than those held before the hospitalization. Discussion and conclusions: Prolonged psychiatric hospitalization is a significant break in people's work trajectories. Despite the value of work experiences after having a psychiatric hospitalization, those experiences mainly correspond to the informal sector of the economy.

Keywords: *Mental Health - Work - Social Integration - Psychiatric Hospitals.*

Introducción

La reforma de la atención en salud mental, que implica una perspectiva comunitaria y se enmarca en el enfoque de derechos, se inició hace varias décadas a nivel mundial y regional, siendo a la fecha distintos los niveles de avance e implementación de la misma (World Health Organization, 2021). Argentina no ha sido la excepción, contándose en el país experiencias de reforma innovadoras, heterogéneas y fragmentadas en distintos espacios del territorio nacional (Cáceres et al., 2009; Cohen y Natella, 2013; Pellegrini, 2009; Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS], 2015).

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), su reglamentación (2013) y la Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, a la que Argentina suscribió en el año 2008, obligan a la sustitución de los hospitales neuropsiquiátricos de todo el país, por servicios en hospitales generales y dispositivos de base comunitaria. Los grandes hospitales neuropsiquiátricos aún ocupan un lugar central en las respuestas que se le da a la población desde el sistema de salud, a más de una década de sancionada la Ley Nacional de Salud Mental. Por ejemplo, de acuerdo con el censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental, en el año 2019 eran 12.035 las personas internadas en todo el país en las instituciones especializadas en salud mental, el 53% llevaban internadas dos años o más y el 25% cursaban una internación de 11 años o más (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019).

La inclusión social de personas que han permanecido durante años internadas en instituciones neuropsiquiátricas, es un desafío que comparten los dispositivos de acompañamiento comunitario. El trabajo constituye un ámbito vital de socialización de los sujetos y resulta central por lo tanto, para su inclusión social. Quienes regresan a la vida comunitaria después de prolongadas internaciones comparten esa necesidad, no solo como sostén económico, sino como ám-

bito que habilita un reconocimiento social y de logros personales. El trabajo es uno de los ejes sobre los que se estructura la vida cotidiana, y en consecuencia, sobre los que se asienta la rehabilitación psicosocial (Saraceno y Montero, 1993; Saraceno, 1995).

La inclusión laboral de personas con padecimiento mental resulta ser una materia pendiente a nivel internacional y no se cuenta con datos confiables que muestren la magnitud del problema. El Informe Mundial sobre la Discapacidad (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011) da cuenta sobre la problemática general y no específicamente de las personas con discapacidad psicosocial y su inclusión laboral, sin embargo, permite tener algunos datos de referencia. Allí se muestra que, en 27 países, las personas definidas con discapacidad y en edad de trabajar lo hacen en un 44% de los casos, en comparación con el resto de la población de la misma edad que lo hace en un 75%, mostrando que tienen peores oportunidades de acceso. En Argentina los datos son similares, siendo la tasa de empleo de las personas identificadas como con alguna discapacidad del 44,6%, mientras que en la población general representa el 61,7% (INDEC, 2010). Cabe señalar que una de las barreras que enfrentan las personas con discapacidad para conseguir un empleo se refiere a los prejuicios del mercado laboral, que reflejan los prejuicios de la sociedad. Pese a la evidencia existente respecto a los beneficios de emplear a personas con discapacidad, como parte de una fuerza laboral diversa, muchos empleadores consideran que las personas con discapacidad son menos productivas y creen que los costos para realizar adaptaciones en los puestos laborales pueden ser altos, desconociendo que tienden a ser mínimos. Estos prejuicios están particularmente asentados en el caso de personas con condiciones de salud mental, lo cual las lleva a ocultar sus problemáticas, o bien a no buscar empleo (International Labor Organization y Organization for Economic Co-operation and Development, 2018).

En los países latinoamericanos el mercado de trabajo es sumamente restrictivo y cada vez son mayores los requisitos que se solicitan para su ingreso. Porras (2013) plantea que los estudios referidos al mercado laboral deben siempre considerar las transformaciones acaecidas en la sociedad en general y en sus sistemas de producción. Las minorías son siempre las más afectadas cuando los empleos son escasos (Sen, 2008). Investigaciones desarrolladas en distintos países latinoamericanos muestran cómo en contextos de mercados de trabajo restrictivos para la población general es aún más complejo el acceso por la condición de discapacidad y aún es más para las mujeres con discapacidad, que son quienes consiguen menos trabajo (Espinosa, 2016; Esteban y Jordán de Uríes, 2006; Mascayano, 2013). Esteban y Jordán de Uríes (2006) sostienen que quienes logran desarrollar y mantener un trabajo lo hacen porque han tenido experiencias laborales anteriores, porque trabajan en algo que les gusta, porque cuentan con apoyos o porque trabajan con la referencia de un equipo de salud. Un análisis sobre experiencias en México señala, como los empleos con apoyo logran mejores resultados cuantitativos en la inserción laboral, aunque lo hacen en peores condiciones de trabajo y menores salarios (Mascayano, 2013). Un estudio multicéntrico realizado en Brasil, en 26 instituciones de salud mental, mostró como la separación temporal o definitiva del trabajo se asocia a la baja escolaridad, al número de internaciones a lo largo de la vida y al diagnóstico de trastorno mental grave (Avila, De Paula y Mark, 2017). García (2014) sostiene que las experiencias de inserción laboral que se realizan en Brasil, terminan siendo por lo general precarias, discontinuas e informales.

En Argentina los trabajos de investigación que analizan experiencias de inclusión social en salud mental son escasos, y las prácticas no han sido suficientemente acompañadas de análisis sistemáticos (Ardila-Gómez et al., 2016), o bien hacen parte de la literatura gris. Algunas investigaciones, que muestran aspectos vinculados a lo laboral, describen experiencias con diversos resultados. Tisera (2013) presenta un estudio cualitativo realizado con pacientes de pre-alta de un hospital neuropsiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires, y allí se evidencia como la internación resultó ser un corte en su trayectoria laboral y cuanto mayor fue el tiempo de duración o la frecuencia de las internaciones, mayor resultó ser la discontinuidad y frustración para la búsqueda de trabajo. El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2015) mostró

resultados de un estudio realizado con personas usuarias de servicios de salud mental de diferentes provincias, donde el 77% de las personas entrevistadas trabajaban antes de ser internadas y al momento del estudio lo hacían solo el 38,9% y un escaso 13,03% hacía alguna actividad laboral en el mercado, por fuera de talleres o actividades promovidas desde los dispositivos asistenciales. Describen además que quienes trabajaban lo hacían con estándares inferiores a los previstos legalmente, por menos dinero y peores situaciones contractuales. Algunos trabajos muestran las experiencias de empresas sociales, siendo los resultados en general valiosos, pero atados a los cambios en modelos económicos nacionales y las crisis cíclicas a los que estas empresas no siempre pueden hacer frente (Zamarchi, 2007; Fernández, Gaviglio y Adur, 2012; Yujnovsky, 2016).

El proceso de transformación de la atención en salud mental, que con distintos niveles de avance según su región, viene atravesando Argentina, requiere analizar experiencias con las particularidades de nuestro contexto socio-histórico y cultural. La experiencia que aquí se analiza es la del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital "José A. Estéves", un neuropsiquiátrico de mujeres ubicado en la Provincia de Buenos Aires. El programa viene desarrollándose desde el año 1999 y su objetivo es "promover y sostener la externación de pacientes internados en los hospitales psiquiátricos de la provincia que carecen de soportes familiares y económicos, organizando redes asistenciales y sociales que actúen como soportes del proceso" (Cáceres et al., 2009, p. 299).

El objetivo de este trabajo, que constituye una presentación parcial de resultados de una tesis de maestría, es analizar los significados y prácticas de las mujeres que han salido de una internación prolongada en el Hospital Estéves, acerca de su inclusión en el mercado laboral.

Materiales y métodos

El diseño fue descriptivo, de tipo mixto. Los datos obtenidos mediante fuentes primarias, a través de técnicas cualitativas, fueron complementados con fuentes secundarias de datos cuantitativos. El propósito fue interpretar la complejidad del tema propuesto analizando los discursos de las mujeres externadas y entendiéndolos en el contexto del que son parte. El estudio se realizó durante el año 2018, y los datos analizados contemplaron el periodo del programa al momento de la investigación (1999-2018).

El universo de estudio fueron las mujeres externadas del Hospital “José A. Estéves” a través del PREA a octubre de 2018, siendo estas 69. El Hospital Estéves es un neuropsiquiátrico de la Provincia de Buenos Aires inaugurado en 1908, que llegó a alojar a 2500 mujeres para 1968 (Vainer, 2005) y que según el dato disponible más reciente, de diciembre de 2020, aloja 525 mujeres (Departamento de Estadística, Hospital “José A. Estéves”, 2020).

El PREA del mismo hospital, trabaja desde 1999 acompañando en el contexto comunitario, a mujeres que se externan del hospital y que así lo requieren. Las diversas acciones de acompañamiento están a cargo de equipos interdisciplinarios que trabajan desde una sede externa al hospital. Los equipos combinan estrategias clínicas psicoterapéuticas y psiquiátricas, con el abordaje de las problemáticas convivenciales y la inserción barrial y comunitaria (Riva Roure et al., 2019).

Los datos cuantitativos se construyeron a partir de la base general de información con que cuenta la institución. La misma fue actualizada y corregida para este estudio. Se analizaron variables sociodemográficas como edad y nivel educativo; otras referidas a tiempos de internación y externación y de la historia laboral como tipos de trabajo antes y después de la internación. Se utilizaron para el análisis estadísticos descriptivos.

Los datos cualitativos fueron construidos a partir de entrevistas semiestructuradas con señoras que vivían en la comunidad tras haber estado internadas prolongadamente. La muestra para éstas fue intencional, basada en el análisis de datos secundarios de la totalidad de la población asistida por el PREA. Se realizó un muestreo de variación máxima (Patton, 2002) buscándose casos ricos en información y variados en experiencias: en cuanto a edad, nivel educativo, tipo de trabajo, tipo de actividad, en relación de dependencia o autónomo, variedad en tiempo de trabajo y de externación del hospital. El total de la muestra fue de nueve personas. Para el análisis de las entrevistas se realizó una matriz, construida a partir de dimensiones que concentraban ideas significativas de los discursos, es decir, las categorías fueron inductivas. El análisis fue realizado por la investigadora MH y la categorización fue discutida con SA.

En cuanto a las consideraciones éticas, se contemplaron los principios básicos de respeto de las personas, beneficencia y justicia, de acuerdo la normativa ética nacional vigente (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2011). Las participantes firmaron un consentimiento informado en donde se les explicaban los objetivos y alcances del estudio.

Resultados

Los resultados se organizan en tres secciones. En la primera se presenta la caracterización general del universo de mujeres externadas y que estaban siendo acompañadas por el PREA en Octubre de 2018. En la segunda se describen los datos referidos a la inclusión laboral del mismo grupo de mujeres. En la tercera se analizan los discursos provenientes de las entrevistas con las nueve mujeres seleccionadas, en torno a sus trayectorias laborales, obstáculos y facilitadores para la obtención de un trabajo, dificultades en el sostén de los puestos de trabajo y proyecciones.

Características de las mujeres bajo programa

Un total de 69 mujeres vivían en la comunidad externadas a través del PREA al momento del estudio, es decir, en octubre de 2018. De ellas, 63 convivían en 19 casas alquiladas por el programa y seis lo hacían con familiares o amigos. En cuanto al tiempo de externación, más de la mitad de las mujeres externadas 58% (n=40) vivían desde hace once años o más en la comunidad en el marco del programa, y el 81% (n=56) desde hacía más de siete años (PREA, 2018).

Por otro lado, el promedio de años de internación de mujeres externadas bajo programa era de 8,8 años. Un 28% (n=19) mujeres habían pasado once o más años internadas en la institución y solo el 4% (n=3) estuvo internada un año o menos.

El promedio de edad de las mujeres era de 60 años. El 74% (n=51) se encontraba en edades pre-jubilatorias o jubilatorias (55 años o más). Ninguna de las mujeres era menor a 35 años, momento vital en que el ingreso al mercado de trabajo es más accesible. En cuanto al nivel educativo, el mayor número de mujeres 30% (n=21) había logrado como máximo nivel educativo primario completo, y las restantes se distribuían en forma pareja entre los restantes niveles educativos.

La totalidad de las mujeres tenía certificado de discapacidad. El 48% (n=33) tenía pensión por discapacidad y las restantes jubilación, ya sea ordinaria, de ama de casa o derivada, por lo que todas contaban con un ingreso. En cuanto a la cobertura social el 45% (n=31) de las mujeres tenían PAMI, otro 45% (31) Programa Federal Incluir Salud y el 10 % (7) restante se repartía entre diversas obras sociales (IOMA, OSFE, Policía). Los datos se resumen en la tabla 1 (ver Tabla 1).

Las mujeres externadas y el trabajo

En cuanto a la experiencia laboral, el 74% (n=51) de las mujeres había realizado algún trabajo desde su externación del hospital, aunque al momento del estudio,

Tabla 1. Características de las mujeres usuarias del PREA (n=69), Octubre 2018

Edad	n	%
Menos de 35 años	0	–
35 a 44 años	7	10%
45 a 54 años	11	16%
55 a 64 años	30	44%
65 años o más	21	30%
Nivel educativo		
Sin instrucción	1	2%
Primario incompleto	6	9%
Primario completo	21	30%
Secundario incompleto	12	17%
Secundario completo	12	17%
Terciario/Universitario incompleto	8	12%
Terciario/Universitario completo	7	10%
Sin dato	2	3%
Tiempo de externación		
< de 3 años	6	9%
3 a 6 años	7	10%
7 a 10 años	16	23%
11 y más	40	58%
Residencia		
En casas convivenciales PREA	63	91%
Con familiares	4	6%
Con amigos	2	3%
Certificado Único de Discapacidad		
Sí posee	69	100%
No posee	0	–
Seguridad Social		
Pensión por discapacidad	33	48%
Jubilación	36	52%
Cobertura en Salud		
Únicamente pública	0	–
Obra Social	69	100%

Fuente: Elaboración propia basada en datos secundarios del PREA-Hospital Estéves, 2018.

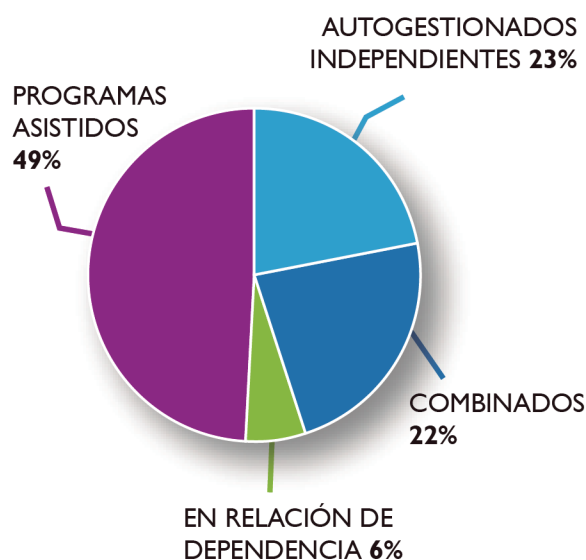
solo el 33% (n=23) lo hacía. Un número importante se había interesado por el trabajo y había logrado darle algún curso a dicho interés, pero no habían podido o no habían deseado, darle continuidad al mismo.

El tipo de actividad que realizaban las mujeres externadas en estudio, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, era de niveles ocupacionales elementales o de bajo nivel de competencia

(Organización Internacional del Trabajo, 2007). En cuanto a la clasificación de formas de trabajo, de las 51 mujeres que tuvieron algún trabajo desde su externación, un 49% (n=25) lo hizo bajo un programa asistido, esto es: programas nacionales o provinciales de empleo o empresas sociales, que el programa propiciaba, gestionaba o estimulaba, como formas de inclusión laboral. Por su parte, un 23% (n=12) de las mujeres había realizado trabajos autogestionados e informales: ventas por catálogo, cuidados de personas, producciones artesanales y venta de las mismas. Un 6% (n=3) había obtenido trabajos en relación de dependencia, todas contratadas por el Hospital Estéves o por empresas que brindan servicios al mismo, en tareas de limpieza, cocina o administrativas. Un 22% (n=11) habían combinado formas de trabajo, por ejemplo, en un primer momento en programas asistidos y luego en relación de dependencia o por cuenta propia, o realizando en forma paralela trabajos por cuenta propia mientras mantenían alguno de los otros formatos (ver Figura 1).

Resulta interesante analizar comparativamente en qué trabajaron con anterioridad a la internación y en qué lo hacían al momento del estudio. El trabajo en actividades de limpieza, en ventas, el trabajo administrativo, el cuidado de personas y el trabajo de modista se mantuvieron en ambos momentos. Ninguna de las mujeres volvió a trabajar en bares o fábricas, donde

Figura 1. Distribución del tipo de trabajo de mujeres que habían trabajado desde su externación a través del PREA-Hospital Estéves (n=51), Provincia de Buenos Aires, Argentina, 2018



Fuente: Elaboración propia basada en datos secundarios del PREA-Hospital Estéves, 2018.

antes de la internación sí se desempeñaron. Las tres mujeres con estudios universitarios, que desarrollaban sus profesiones antes de la internación, no continuaron con esa tarea hasta el momento de realización de este relevamiento. Las seis mujeres que eran docentes de nivel primario/secundario o en institutos de arte, no continuaron con la actividad, y solo una, con poca asiduidad, dio clases particulares.

Puede observarse que luego de la externación habían obtenido trabajos menos calificados, más informales y menos expuestos al público. También más autogestionados o asistidos y promovidos desde el programa y menos empleos en relación de dependencia e independientes del programa o el hospital (ver Figura 2).

El tiempo de externación parece ser un factor de aumento en la posibilidad de conseguir trabajo. Si se analiza la situación de las mujeres que se externaron en los tres años previos al momento del estudio, el 50% trabajó en algún momento y 50% no lo hizo. Si se observa a quienes se habían externado desde hacía

más de 7 años al momento del estudio, el porcentaje se incrementa: el 76% (n=42) había trabajado en algún momento mientras que el 24% (n=13) no.

Percepciones en torno al trabajo

A pesar de sus referentes madres, que en su mayoría no trabajaban fuera del hogar, todas las mujeres entrevistadas habían ingresado al mundo laboral fuera del hogar desde muy jóvenes, entre los 10 y 17 años de edad, con excepción de aquellas que se criaron en instituciones o en la calle desde pequeñas:

“Yo quería buscar un trabajo, no quedarme en casa como mi mamá” (Valentina, 62 años).

La mayoría tuvieron sus primeros trabajos ligados a tareas administrativas, cadetas, promotoras, planchadoras, cuidado de niños, vendedoras y dos lo hicieron en quintas familiares. Para varias, este primer trabajo significó tener que dejar de estudiar el secundario o ver frustrada su idea de seguir en otros niveles educativos; para otras, el esfuerzo de hacer ambas cosas. En sus experiencias iniciales las búsquedas de trabajo aparecen muy ligadas a los vínculos familiares y vecinales que resultan fuente de información y recomendación fundamental para obtenerlo:

“Estaban necesitando una persona y una vecina le habló de mí” (Victoria, 51 años).

“Mi tía me dijo: ¿Querés trabajar o seguir estudiando? Y no, yo quería trabajar” (Esperanza, 57 años).

Los primeros trabajos significaron para ellas aprendizajes concretos como viajar, relacionarse, cumplir horarios, acomodar, limpiar y también otros descubrimientos como el gusto, el disfrute de realizar una actividad, la satisfacción de ser reconocido por otro en un hacer:

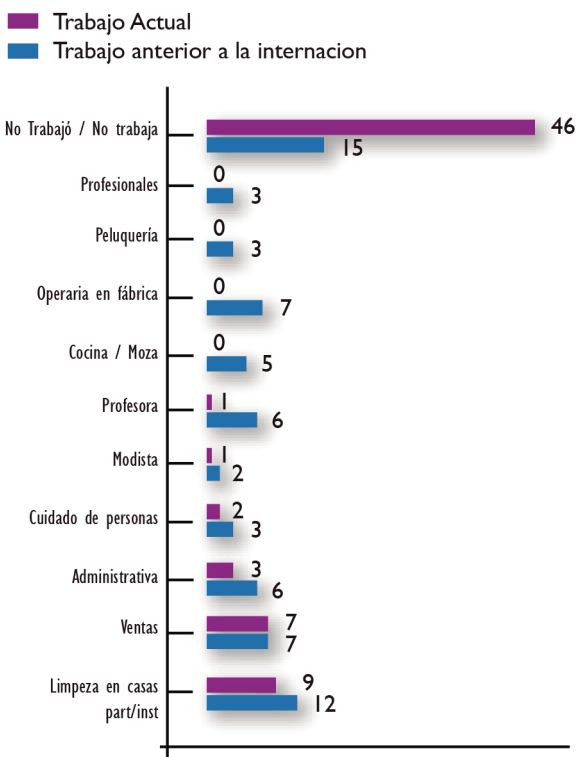
“Significaron una disciplina, un conocimiento. Sí, me daba satisfacción. Me gustaba, me gustaba ir haciéndolo, ir creando, estaba en mí...” (Victoria, 51 años).

“Era hermoso, era muy lindo, sentía que volaba en el escenario, sentía un placer” (Alma, 54 años).

“De todo trabajo que tuve, algo aprendí” (Amparo, 38 años).

Para muchas de ellas el matrimonio o la llegada de un hijo, marcó un cambio en relación a lo laboral, pareciendo reproducirse las historias que habían tenido sus padres. Muchas de ellas asumen las tareas del hogar y la maternidad, abandonando sus puestos de trabajo, incluso aquellas mujeres para las que el trabajo resulta central en sus vidas. Puede verse en los discursos de varias entrevistadas como aparece ligado a su condición de mujeres un primer corte en sus trayectorias laborales.

Figura 2. Análisis comparativo antes y después de la internación, según tipo de trabajo, de mujeres externadas a través del PREA-Hospital Estéves (n=69), Provincia de Buenos Aires, Argentina, 2018



Fuente: Elaboración propia basada en datos secundarios del PREA-Hospital Estéves, 2018.

“Mi marido era machista, no quería que trabajara, que la plata la traía él. ‘Con qué necesidad le vas a pagar a una niñera’, me decía” (...) *“Y yo extrañaba trabajar”* (Luz, 54 años).

Un segundo corte en sus trayectorias laborales aparece con la enfermedad, identificándolo como un círculo del que no logran salir: enfermedad, empeoramiento de la situación laboral, profundización de la enfermedad, pérdida de trabajo.

“Después cuando cerraron el bazar estuve deprimida. Porque yo cuando me quedaba sin trabajo me deprimía” (Luz, 54 años).

“Pasé por una depresión muy brava, ahí dejé de trabajar y me internaron” (Milagros, 38 años).

“Me querían declarar insana, no pudieron hacerlo. El perito vio cómo vivía y dijo: ‘Esta señora no está para internar’. Al año siguiente me quedo sin trabajo, sin dinero. Iba con mi hijo a comer a las ollas populares. Todo esto en el 99. Mi hermana reabre el juicio aprovechando que yo no tenía abogado. Vienen a mi casa. No tenía luz, no tenía gas. No tenía más trabajo. Como yo no me quise ir con mis padres me mandaron al Moyano” (Alma, 54 años).

La internación aparece como cierre de una etapa donde se puede observar la pérdida de contactos, de apoyos, de recursos económicos adecuados, de relaciones interpersonales que les facilitaban la continuidad laboral.

Sin embargo, también durante la internación, las mujeres entrevistadas rescataron aspectos que las mantenían a salvo, siendo el trabajo una de ellas. En sus discursos, lo laboral aparece siempre asociado a aspectos beneficiosos, saludables, siempre ligado a lo que les permite seguir, a lo que las motiva diferenciándose del no hacer.

“Era una ayuda, aparte me sentía ocupada. Sino una persona no soporta tanto tiempo encerrada” (Luz, 54 años).

“No tenía tiempo para pensar cosas que uno no tiene que pensar o cosas que a veces uno se acuesta y dice: bueno, me relajo, duermo, porque ya bastante estuve todo el día” (Milagros, 38 años).

Cuando se les consultó acerca de cómo imaginaban su vida afuera, una vez externadas y cómo se proyectaban desde lo laboral para ese momento, varias respondieron que no podían imaginarse afuera, no podían pensar lo laboral porque no podían imaginarse vivir fuera del hospital psiquiátrico.

El trabajo durante la internación no aparecía como generador de oportunidades, o de aprendizajes que

abrieran posibilidades laborales de inserción en el mercado una vez externadas. Sin embargo, significaba en ellas un motor para poder vivir mejor ese tiempo, ya sea porque lo sentían como una mejor ocupación del tiempo, por las relaciones que generaban, los objetos materiales que podían alcanzar e incluso la mirada distinta que les generaba frente al personal hospitalario.

La incorporación en el mercado de trabajo no es una dificultad con la que se encuentren exclusivamente las personas que han estado internadas. Sin embargo, quienes han padecido internaciones prolongadas acopian una multiplicidad de obstáculos. Las propias barreras como la falta de deseo o el temor a enfrentar la búsqueda por no sentirse capaces de lograrlo, los temores a los avatares que pueda significar el trabajo, la falta de redes sociales perdidas en los años de internación que muchas veces son habilitadores de búsquedas posibles. A esto se le suman otros obstáculos que podríamos señalar como “organización de la vida como paciente”: turnos, grupos terapéuticos, controles médicos, visitas domiciliarias, que no siempre se adaptan a las necesidades sociales-laborales de la persona, sino que tienen una centralidad en la vida de estas mujeres, tornándose un limitante en su desarrollo laboral:

“El mercado de trabajo y algo personal que es que yo, tengo una vez por semana que venir a recibir medicación, una vez para ver al médico, tengo que hacer el análisis porque yo tomo Clozapina (...) Yo tenía ansiedad y a la vez no me ocupaba porque tenía miedo” (Alma, 54 años).

Otros obstáculos ligados al pasado hospitalario y la edad también jugaban un rol importante:

“Sí, la economía del país que está terrible, mi brazo que ahora estoy mejor pero con cuidado, la edad puede ser, ahora piden gente joven. Y pasar por una internación eso mucho no hay que decirlo” (Valentina, 62 años).

Hablar de trabajo es hablar de relaciones sociales. La cuestión laboral es una cuestión relacional, ámbito de socialización, participación activa en la vida comunitaria y reconocimiento de los otros. Sostiene Saraceno (1995) que el trabajo en el afuera de la institución manicomial implica un proceso de restitución de la subjetividad, de recuperación de derechos y ciudadanía.

A todas las mujeres entrevistadas se les consultó a modo de reflexión y después de analizar su propia trayectoria laboral, qué significaba para ellas el traba-

jo. Las palabras más frecuentes que aparecieron como calificativos fueron: bueno, alegría, ganas, hermoso, saludable, plenitud, orgullo, valoración, reconocimiento:

“El trabajo es algo bueno, es una disciplina, una mejora económica, te eleva la autoestima, te favorece” (Victoria, 51 años).

“Primero que uno se siente útil. Cumple una función. Aliviana el trabajo de secretaría. Las relaciones con la gente, amplía mis horizontes” (Alma, 54 años).

“Estoy satisfecha conmigo misma, que me demostré que podía trabajar” (Esperanza, 57 años).

“Sentirme plena. Sentirme ser humano, plena, completa y viva” (Valentina, 62 años).

Todas las connotaciones fueron positivas y muchas lo relacionaron con la vida social y la inclusión: sentirme ser humano, tener más vida social, útil, plena. Volver a sentirse parte del mundo social, sentirse como “otros”, de los que se sentían diferentes. El trabajo parecía habilitar ese acceso y por eso también aparecían las ideas de plenitud, de orgullo de sí mismas, de sentirse útiles para otros:

“Es el reconocimiento, eso me da una satisfacción tremenda. El trabajo me llena, algo que me llena de orgullo, es como una vanidad. Saber que sirvo para algo, que me reconocen. Significa poder tratar con otras personas y saber que mi esfuerzo, no solo mental sino físico, tiene una reparación económica” (Esperanza, 57 años).

“Es una motivación para cualquier persona para tener una vida social, para tener el ego alto” (Amparo, 38 años).

“Lo mejor de un trabajo es que te valoren” (Luz, 54 años).

Dos participantes logran dar definiciones de lo que para ellas significa el trabajo como forma de inclusión social:

“Es importante el trabajo cuando uno sale porque te sentís de nuevo un ser humano perteneciente a la sociedad” (Valentina, 62 años).

“Yo ahora ando por la calle y veo que la gente va y viene al trabajo y yo también lo hago. Me siento una más. Es como que me reinserté. Me fui de la condición de indigente” (Alma, 54 años).

En otras mujeres aparecieron fuertemente asociados el trabajo y la salud, siendo este una herramienta que las rescataba de la enfermedad y potenciaba su bienestar:

“Verdaderamente salí adelante, pude mejorar de lo que estaba. Mi mente se enfocó en otras cosas (...). Como siempre digo, estoy más tranquila. Al no estar

pensando en cosas que no tengo que pensar” (Milagros, 38 años).

“Trabajar para mí es salud. Salud y sentirse valorada, útil” (Luz, 54 años).

Otra participante no había trabajado antes de su internación y después de pasar por la experiencia de trabajar lo eligió también como forma de vivir mejor. Al momento de realizar la entrevista se encontraba sin trabajo y dijo sentirse más cansada desde que no lo tenía:

“A veces el trabajo me resulta más fácil y me da más alegría, más ganas (...) trabajar es bueno, para la salud también. Ahora me siento más cansada” (Libertad, 40 años).

Si el trabajo para algunas de estas mujeres tiene un valor tan grande, la lucha por tenerlo y mantenerlo aparece como un proyecto central en su vida:

“Lo mejor de un trabajo es tenerlo. (...) Es hermoso trabajar. (...) Para mí es muy importante proteger ese trabajo que te dan, protegerlo” (Milagros, 38 años).

Discusión

Los resultados presentados previamente abren tres ejes de discusión posibles. El primero es el de la significación central que el trabajo tiene para la recuperación de derechos ciudadanos y como estrategia de inclusión social en personas que han padecido largas internaciones. Como se señaló, las significaciones de las personas entrevistadas en relación al trabajo fueron positivas y vinculadas a la inclusión y vida social. Plantea Neffa (2015) que el trabajo excede el esfuerzo físico y cognitivo, poniendo en juego también saberes y aprendizajes, aspectos psíquicos, afectivos, relacionales y de comunicación con compañeros y superiores. A su vez, los discursos de las mujeres entrevistadas muestran que el trabajo les da lugar como sujetos activos de la recuperación de su propia salud, en términos de autonomía y de restitución de su lugar como sujetos sociales, retomando las ideas de Sousa Campos (2009).

En la misma línea, Amarante (2009) plantea que el trabajo en el proceso de externación no debe ser concebido como una actividad terapéutica, ni como una forma de ocupación del tiempo ocioso sino como una estrategia de ciudadanía y emancipación social. Las mujeres en sus discursos dan cuenta de la importante significación que ha tenido el trabajo en sus trayectorias y en esta nueva etapa de sus vidas.

Sin embargo, las políticas que puedan dar respuestas globales a esta problemática resultan al pare-

cer insuficientes. Como se observó en los resultados, la inserción laboral posterior a la internación resulta dificultosa pero posible, e implica por lo general una precarización en las condiciones de trabajo. Se observan variables que se vinculan a la situación laboral tales como la edad y el tiempo de externación. También, se deben considerar otros obstáculos a la hora de incluirse en el mercado de trabajo: capacitación formal e informal, acceso a nuevas tecnologías, dificultad en el acceso al mercado por falta de redes vinculares, etc... A partir de ello es necesario interrogarse: ¿Qué nuevas políticas públicas podrían acompañar estos procesos? ¿Qué otras estrategias podrían generarse para sortear cada uno de ellos y facilitar el acceso a trabajos genuinos que refuercen los derechos ciudadanos de estas personas?

A estos obstáculos se le suman los producidos por la institucionalización. El encierro institucional despoja a los sujetos de la posibilidad de imaginar, de desear, de proyectar. Como sostiene Goffman (1972), no se trata de una pertenencia institucional, sino de formas de absorción de los sujetos. La externación es un proceso complejo que implica desandar mucho de lo que el paso por el hospital psiquiátrico ha generado. Implica recorrer un camino de desinstitucionalización pasando de prácticas afianzadas por los años en la incapacidad y la segregación, a ámbitos de creciente autonomía e integración al mundo social. La externación puede ser entendida como la construcción de un proyecto de regreso a la vida fuera del manicomio. "Este proceso está atravesado por variadas barreras interpersonales, institucionales y sociales. Pensar en salir implica la movilización de algo del deseo que no fue arrasado por la desubjetivación propia del encierro" (CELS, 2015). El trabajo es parte de la compleja reconstrucción de la vida social después de prolongadas internaciones, aspecto fundamental para la recuperación de proyectos de vida y derechos ciudadanos.

El segundo eje de discusión, y muy vinculado al anterior es que como se observó, la mayoría de los trabajos tras la externación estaban vinculados a programas de apoyo a trabajo (ver Figura 1), por lo cual, si estas personas logran acceso a través de trabajos asistidos, empleos con apoyos, planes de capacitación, ¿cómo se produce un salto de estas políticas al mercado competitivo? ¿Qué estrategias de paulatina autonomía de estos programas necesitamos generar para que estos sujetos accedan al mercado de trabajo?, ¿podremos pensar en políticas con niveles decrecientes de apoyo en lo laboral? ¿Políticas laborales que brinden herramientas para que cada sujeto pueda ir apropián-

dose de ellas en un camino de creciente autonomía?

El tercer eje de discusión se refiere a la condición de género, que pareciera reforzar todas las situaciones de vulnerabilidad, produciéndose aún más segregación por su condición de mujeres. Como se observó, se trataba de mujeres que por su generación y posiblemente condición de clase, fueron mujeres trabajadoras, a diferencia de sus propias madres, pero que para muchas de ellas, el matrimonio y la maternidad implican una ruptura en sus trayectorias laborales. Al respecto, Lamas (1995) señala que muchas mujeres se ven ante la situación de abandonar el mercado de trabajo, por sus responsabilidades domésticas, en años esenciales del ciclo vital.

Las inquietudes aquí planteadas exceden la capacidad de respuesta de este trabajo y abren el juego al planteo de investigaciones que logren sistematizar las variadas experiencias de nuestro país en torno al trabajo y la inclusión social en el campo de la salud mental, en el contexto de las transformaciones que propone la Ley Nacional de Salud Mental.

Conclusiones

Las mujeres entrevistadas señalan la enorme importancia que ha tenido el trabajo en los diferentes periodos de sus vidas. Para la mayoría hubo dos cortes en su trayectoria laboral, uno ligado a la condición de género, el casamiento, la maternidad y los roles asignados y socialmente esperados, y otro ligado a la aparición de la enfermedad y la internación prolongada. Ambos se superponen como capas de segregación, que dificultan las ya complejas formas de acceso al mercado laboral que se le presentan a todos los sujetos en nuestro contexto socioeconómico.

Durante la internación, el trabajo aparece en sus discursos como fuente de significaciones positivas en lo referente a la autovaloración y la autoestima, a la mirada valorativa de los otros sobre ese hacer y en definitiva como habilitador para pensarse en el afuera institucional.

Los obstáculos para el acceso a un trabajo son múltiples, pese a ellos las mujeres una vez externadas logran conseguirlo y valoran enormemente esas oportunidades, pero lo hacen mayormente en puestos informales o ligados a programas institucionales, encontrando dificultades para dar otros pasos de mayor autonomía. Se trata de experiencias valiosas, pero con temporalidad limitada o de enorme precariedad, que en la mayoría de los casos no implica avances sobre el mercado formal. Los trabajos logrados son menos ca-

lificados y más informales, que los que habían tenido antes de la internación y también de menor exposición: las profesionales, las docentes ya no trabajan de eso, quienes fueron vendedoras en comercios antes de la internación, posterior a ella venden por catálogo. El contexto de la economía general puede dar parte de esta respuesta pero, sin duda, las particularidades que atraviesan estas mujeres las colocan en un camino con mayores obstáculos que al resto de los sujetos, no sólo para obtener trabajo sino para mantenerlo en el tiempo y como fuente de ingreso que de respuesta sostenida a sus necesidades.

Cuando hablamos de trabajo, hablamos de recuperación de un derecho que se torna recuperador de múltiples derechos y por lo tanto clave en el acceso a ciudadanía para miles de personas que se encuentran internadas o que han padecido internaciones prolongadas. Sin duda, es un aspecto en el que estamos en deuda, pero contamos también con un recorrido de múltiples experiencias que se vienen transitando en el territorio. Esto nos coloca ante una temática clave y de enorme potencial en los procesos de transformación en salud mental que se vienen instrumentando.

Conflicto de intereses: M. H. era la coordinadora del Centro Comunitario Libremente, en el cual funciona el PREA-Estéves, al momento del desarrollo de la investigación. S. A. G. declara no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

Amarante, P. (2009) *Superar el Manicomio*. Editorial Topia.

Ardila-Gómez, S., Hartfiel, M.I., Fernández, M., Ares Lavalle, G., Borelli, M., Stolkner, A. (2016) El desafío de la inclusión en salud mental: Análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud Colectiva*, 12(2): 265-278.

<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1000>

Ávila, A., De Paula, E., Crosland Guimarães, M. D. (2017). Transtornos mentales e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. *Cuadernos de Saúde Pública*, 33 (3), e00166815.

<https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00166815>

Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., Riva Roure, M.R. (2009). El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiatría*; 20(86): 299-307.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2015). Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio. CELS. <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/cruzar-el-muro-desafios-y-propuestas-para-la-externacion-del-manicomio/>

Cohen, H., Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*. Lugar Editorial.

Departamento de Estadística, Hospital José A. Estéves. (2020). *Informe Estadísticas Hospitalarias*.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>

Espinosa Acuña, Ó. (2016). Participación laboral de personas en situación de discapacidad. Análisis desde un enfoque de género para Colombia. *Economía: Teoría y práctica*, [en línea] (45), pp. 137-167. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281148561006>

Esteban, B., Jordán de Uries, B. (2006). Empleo con apoyo para personas con discapacidad intelectual y para personas con enfermedad mental. *Siglo Cero, revista española sobre discapacidad intelectual*. 37(2):63-78.

https://sid-inico.usal.es/idsocs/F8/ART9054/siglocero_218_old.pdf

Fernández, E., Gaviglio, A., Adur, G. (2012). Un análisis sobre la participación en emprendimientos productivos en salud mental en el marco de la economía social en Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 12 (2). <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/25306/26629>

García, V. (2014). Panorama de la inclusión de discapacitados en el mercado laboral en Brasil. *Trabajo Educación Salud*; 12(1):165-187.

Goffman, E. (1972). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). Censo Nacional de Población y Vivienda. Disponible en:

<https://www.indec.gob.ar/bases-de-datos.asp?solapa=5>

International Labor Organization and Organization for Economic Co-operation and Development. (2018). Labour market inclusion of people with disabilities. First Meeting of the G20 Employment Working Group. 20 - 22 February 2018, Buenos Aires, Argentina.

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_646041.pdf

Lamas, M. (1995). La perspectiva de género. *Revista de Educación y Cultura de la sección 47 del SNTE*. Disponible en:

https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf

Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Moreno Aguilera, J. (2013). Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. *Salud Mental*. 36(2):159-165.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n2/v36n2a9.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2011). Guía para Investigaciones en Salud Humana. Ministerio de Salud de la Nación.

Neffa, J. (2015). Introducción al concepto de condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT). Disponible en:

<http://www.vocesenelfenix.com/content/introducci%C3%B3n-al-concepto-de-condiciones-y-medio-ambiente-de-trabajo-cymat>

Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial. (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad.

https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1

Organización Internacional del Trabajo. (2007). Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.

<https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/index.htm>

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3era edición). SagePublications.

Pellegrini, J. L. (2009). El proceso de transformación institucional del Hospital Psiquiátrico de San Luis. *Vertex Rev. Arg. Psiquiat*; 20(88): 432-439.

Porras Velásquez, N. (2013). Inserción laboral y salud mental: una reflexión desde la psicología del trabajo. *Fundación Universitaria Los Libertadores*; 8(2): 98-117. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4630497>

Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (2018). Base de Datos.

República Argentina. (2008). Ley 26.378 Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. Recuperado el día 27 de octubre de 2015 de: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

República Argentina. (2010). Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013 Cap. I-IV Recuperado el 27 de octubre de 2015 de: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=16773&word=>

- Riva Roure, M. R., Hartfiel, M., Irachet, V., Cáceres, C. (2019). Logros y obstáculos en 20 años de trabajo del programa de rehabilitación y externación asistida del Hospital José A. Estévez en Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina* (pp. 71-80). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/haceres-colectivos-2019.pdf>
- Saraceno, B., Montero, F. (1993). *La rehabilitación entre modelos y prácticas*. En: Aparicio, V. (Org.) *Evaluación de Servicios en Salud Mental*. (pp. 313-312). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Saraceno, B. (1995). *La liberación de los pacientes psiquiátricos: De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. Editorial Pax.
- Sen, A. (2000). Social exclusion: concept, application and scrutiny. Social Development Papers No 1. Manila: Office of Environment and Social Development, Asian Development Bank. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/29778/social-exclusion.pdf>
- Sousa Campos, G. W. (2009). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Lugar Editorial. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/15>
- Vainer, A. (2005). *Sociedad de locos*. Editorial Topia.
- Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pecarek, A., Joskowicz, A. (2013). Salud Mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, UBA. *Anuario de investigaciones*. 20: 251-258. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v20n1/v20n1a25.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- Yujnovsky, N. (2016). Emprendimientos productivos en Salud Mental. Del hospital monovalente a la comunidad. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2 (1) <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/volumen%202.html#>
- Zamarchi, M., Jester, A. (2007). La cooperación social y la inserción laboral. *Salud y drogas*, 7(1):177-185. Instituto de Investigación de Drogodependencias España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83970112>