

## *Subcontracted women by intermediation and mental health\**

Olga Lucía Huertas Hernández \*\*

\* Las discusiones del presente artículo hacen parte de una investigación adelantada entre 2010 y 2013, en el programa de Doctorado en Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB-España) denominada "Porque el trabajo es una cosa y el hogar otra. Una aproximación feminista a la salud mental de mujeres subcontratadas en Colombia".

\*\* Doctoranda en Psicología Social. Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá, Colombia) - Universidad Autónoma de Barcelona (España). olga.huertas@javeriana.edu.co

## Mujeres subcontratadas por intermediación y salud mental \*

Para citar este artículo: Huertas, O. L. (2013). Mujeres subcontratadas por intermediación y salud mental . *Revista Tesis Psicológica*, 8 (2), 14-28.

Recibido: junio 19 de 2013  
Revisado: junio 24 de 2013  
Aprobado: junio 27 de 2013

### ABSTRACT

The present article tries to understand what happens to mental health in a working women group in the context of subcontracting labor intermediation at Bogotá city. In the mark of a qualitative methodology guided by speech analysis perspectives with feminist orientation, we analyze the texts that took place in some semi-structured interviews done to nine subcontracted women, starting from a dense description. The results show some aspects linked to symbolic and social gender constructions that enter in interlocution with the speeches that circulate about mental health in this context. We conclude that these constructions cross the understanding of situations that interrogate mental health, the determination of possibilities to look for help and the alternatives to solve situations of work escalation that affect them.

**Key words:** Social psychology, labor health, women's social position.

### RESUMEN

El presente artículo estudia lo que sucede con la salud mental de un grupo de mujeres trabajadoras en el contexto de la subcontratación laboral, por intermediación de la ciudad de Bogotá. En el marco de una metodología cualitativa orientada por las perspectivas del análisis del discurso con orientación feminista, se analizan a partir de la descripción densa los textos producidos en entrevistas semi estructuradas a 9 mujeres subcontratadas. Los resultados muestran algunos de los aspectos ligados a las construcciones simbólicas y sociales de género, que entran en interlocución con los discursos que circulan sobre la salud mental en este contexto. Se concluye que estas construcciones atraviesan la comprensión de las situaciones que interrogan la salud mental, la determinación de las posibilidades de buscar ayuda y las alternativas para resolver las situaciones de intensificación del trabajo que las afectan.

**Palabras clave:** Psicología social, salud laboral, posición social de la mujer.

## Introducción

El empleo remunerado, ha ocupado un lugar central en los procesos de transformación del mundo del trabajo, derivados de la implantación del proyecto neoliberal, impulsado en el marco del nuevo capitalismo. Como señala Bourdieu (1998), a finales del siglo XX ya se había desdibujado la noción de empleo desarrollada a partir de la industrialización, especialmente en lo relacionado con la seguridad y la estabilidad. Al mostrarse como un proyecto necesario, regido bajo la “fe del libre mercado” que debe responder a las necesidades impuestas por dicha libertad, el neoliberalismo ha promovido la implantación de la flexibilidad en la contratación y en el salario, y la precarización de las condiciones del empleo remunerado.

En este escenario, las y los trabajadores se han enfrentado en las últimas dos décadas a nuevas formas de relación con la labor, con el empleo y con las organizaciones a las que se encuentran vinculados, algunas de las cuales han sido asociadas a situaciones que pueden afectar la salud mental. Un estudio del año 2000 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), alertaba sobre cómo la duración de los contratos, la intensificación del trabajo, el uso de las tecnologías y la inseguridad en el empleo, incrementaban el deterioro del bienestar mental en la población activa de trabajadores. Y aunque se señalaba la dificultad para establecer una relación de causalidad entre los cambios en las condiciones de trabajo y la emergencia de enfermedades mentales o alteraciones de la salud mental<sup>1</sup>, si consideraba

que estos cambios al menos eran un importante factor en su desarrollo (OIT, 2000).

Al menos tres aspectos de estos cambios, se han asociado al desarrollo de situaciones o problemas que afectan la salud mental. En primer lugar, se encuentran las formas de organizar el trabajo que acuden a la utilización de modelos *neotayloristas*, los cuales fragmentan la unidad productiva a partir de la deslocalización, se intensifica la labor, se aumenta la supervisión sobre las y los trabajadores, se flexibilizan la contratación y los salarios, y se individualiza más el trabajo. En segundo lugar, está la *sobre exigencia de competencias cognitivas y comunicativas* derivadas de la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación, y de la producción masiva de servicios dentro del capital inmaterial. Las tareas con una elevada demanda de competencias cognitivas, como la atención y la concentración o tareas con altas exigencias en competencias comunicativas, como las que implican un contacto permanente con personas, se relacionan con alteraciones de la salud mental. En tercer lugar se encuentra la *precarización*. Esta se refiere, a la vinculación al empleo en condiciones que no ofrecen los mínimos básicos que puedan garantizar el bienestar.

Las condiciones de contratación precarias con salarios reducidos y alta inestabilidad e incertidumbre, los ambientes laborales desprotegidos de derechos laborales y condiciones físicas inapropiadas para realizar la labor, son relacionadas con la presencia de situaciones que afectan la salud mental. En Colombia, estos factores han sido motivo de un número creciente de trabajos que han explorado desde diferentes aproximaciones lo que sucede con los trabajadores subcontratados (Guerrero & Pulido, 2010), con las mujeres en la subcontratación por intermediación (Urrea & Rodríguez 2012; Corporación Cactus, 2011; Camacho, 2008) o de profesoras y profesores en el contexto escolar y la salud mental (Gómez & Moreno, 2010).

1 En el marco de las instituciones de carácter transnacional como la OIT y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se entiende como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2010).

El presente artículo busca visibilizar lo que sucede frente a la salud mental en el contexto de la subcontratación laboral por intermediación. En ella, un tercero que actúa como intermediario o reclutador, media la relación entre la empresa contratante y las y los trabajadores, generando un tipo de vínculo que puede denominarse *triangular*. Bajo esta forma, la relación de las y los trabajadores con respecto al empleo se fragmenta, al menos en dos: *la contractual*, que se establece con la organización intermediadora y *la de subordinación*, que se establece con la empresa que subcontrata sus servicios. Ejemplos de esta intermediación son las empresas de trabajo temporal, las cooperativas de trabajadores, las cooperativas de trabajo asociado y los préstamos de mano de obra inter-empresas (Bronstein, 2007).

Las mujeres participan de manera importante en estas dinámicas (International Labour Organization, 2009). Las razones de esta vinculación se han relacionado con las construcciones sociales y simbólicas de género. En la literatura se señala que aspectos como el requerimiento de elevadas competencias afectivas y comunicativas, ligadas históricamente al dominio de lo femenino (Calderón, 2008); la necesidad por parte de las empresas de reducir el conflicto directo (por asuntos tales como las condiciones de contratación y de trabajo) a través de la docilidad (Arango, 2004); y la aceptación más fácil por parte de este colectivo de las condiciones de contratación (a medio tiempo, tiempo parcial u horas flexibles), para poder asumir también las funciones reproductivas derivadas de la división sexual del trabajo (Batthyány, 2007), han favorecido tanto el ingreso como la permanencia de las mujeres en la subcontratación.

Para desarrollar esta indagación, inicialmente se expondrán algunas herramientas conceptuales que permiten redefinir la salud mental

a partir de los aspectos relacionados con la construcción del conocimiento sobre las mujeres. Finalmente, se presentan unos resultados que permiten visibilizar los aspectos que, en la subcontratación laboral, por intermediación, cuestionan la salud mental y cómo estos son atravesados por las cuestiones simbólicas y sociales de género.

## Revisión teórica

A continuación se evidencian algunos aspectos relevantes para la comprensión de la salud mental en el trabajo, desde una aproximación feminista. El espacio laboral es entendido, en este caso, como un espacio de construcción de subjetividades, donde las condiciones del trabajo interrogan la experiencia vital del trabajador, los sentidos que otorga a su mundo, su manera de posicionarse y la construcción de su identidad. En este marco, el interés es comprender, cómo las condiciones de la subcontratación laboral por intermediación, *producen determinados sujetos cuando se indaga por la salud mental*, más que comprender cómo estas condiciones afectan la salud mental de las trabajadoras. Para esto, se utiliza la perspectiva del feminismo postestructural propuesta por Weedon (1987, p. 40), la cual puede entenderse como “a mode of knowledge production which uses poststructuralist theories of language, subjectivity, social processes and institutions to understand existing power relations and to identify areas and strategies for change”<sup>2</sup>. Interesa entonces poner el acento, en la interlocución que se hace con los aspectos simbólicos y sociales de género cuando se indaga por la salud mental en el contexto del empleo subcontratado.

2 “Un modo de producción de conocimiento, que usa las teorías posestructuralistas del lenguaje, la subjetividad y los procesos e instituciones sociales, para entender las relaciones de poder existentes y para identificar áreas y estrategias para el cambio”. Traducción de la autora.

Bajo esta perspectiva, las trabajadoras pueden comprenderse como sujetos inacabados en permanente reconfiguración, para quienes las condiciones del empleo se convierten en una serie de tensiones que atraviesan el lugar social donde se encuentran y las relaciones de poder en las cuales están implicadas. En este sentido, por ejemplo la fragmentación o la intensificación del trabajo remunerado requieren ser analizadas para conocer, no sus efectos psicológicos sino los órdenes sociales (dominación-subordinación), las relaciones de poder, los intereses que se están reproduciendo y las subjetividades que privilegiadamente se están construyendo.

La salud/enfermedad mental no se reduce a una patología, sino que se comprende como una producción social, como un discurso, que evidencia las tensiones y luchas que experimenta el sujeto, frente a las nuevas condiciones del trabajo remunerado que enfrenta. Los discursos son producidos y sostenidos, por diversas tramas de relaciones de poder en las que confluyen diferentes intereses económicos, sociales y políticos, frente a lo que es permitido o deseable y a lo que no lo es; acerca de lo que se puede hablar o se debe omitir; a lo que puede ser legitimado como pertinente al empleo o a la vida privada frente a la salud mental, y reflejan una constante lucha, en la cual se manifiesta o se produce aquello “que tiene sentido” y que responde a determinados intereses.

Una de las implicaciones de entenderla como un discurso, es que obliga a examinar el conocimiento construido alrededor de la salud mental y las mujeres, para identificar aspectos que se han naturalizado y que sin algún ejercicio de reflexividad, pueden conducir a la repetición de situaciones o legitimación de saberes que promueven la homogeneización y la opresión a la que se enfrentan las mujeres.

La salud mental ha sido descrita en el proyecto moderno desde una perspectiva biológica y en el marco de las *psi-sciences*<sup>3</sup> como un proceso individual, que afecta la psique y que requiere de una permanente autorreflexión (Vyndha, 2001). Esto ha promovido la realización de estudios relacionados con la depresión, la psicosis, las demencias, el estrés en el trabajo o en general enfermedades mentales.

Sin embargo, los feminismos han buscado desplazar la comprensión de la salud mental de una experiencia individual, hacia la búsqueda de la comprensión de los aspectos histórico-culturales ligados a la construcción de este conocimiento y a las maneras como son puestos en circulación. De esta manera, las discusiones feministas no solo cuestionan el carácter privado e individual de la salud mental, sino que encuentran en este espacio la posibilidad de materializar los objetivos de la agenda política que se ha impuesto (Ussher, 2000), las cuales están relacionadas con transformar las condiciones de opresión que experimentan las mujeres.

La mayor parte de los estudios revisados sobre mujeres y salud mental, se pueden ubicar dentro de las propuestas de los feminismos de la diferencia, los cuales parten de la dicotomía hombre/mujer, subrayando la importancia del género y la reconsideración de sus particularidades. Sin embargo, otros trabajos se encuentran en la línea de los feminismos de la identidad, el cual señala la necesidad de considerar, además del género, las interseccionalidades de raza y clase, a la hora de interrogar el conocimiento

3 Las “ciencias psi” (Condor, 1997), son una expresión ligada al trabajo del filósofo Michel Foucault, usada en el campo de las ciencias sociales y humanas, para dar cuenta de las disciplinas científicas que se encargan del estudio de la psique surgidas a partir de la modernidad (p. e. la psicología).

que se construye sobre la salud mental y las mujeres (Burman, 2003; Burman, 2006).

Sacristán (2009), identifica cuatro críticas desde los feminismos que interrogan la relación salud mental y mujeres, las cuales fueron utilizadas en esta investigación como herramientas de análisis de los discursos de las mujeres, con el fin de identificar la interlocución que se hace con el género cuando se habla de salud mental.

La primera, es la crítica al orden social sexista que se ha instalado en las nociones de salud, padecimiento mental y en las categorías diagnósticas. Un orden, que ha privilegiado el reconocimiento de las necesidades del sujeto moderno (hombre, blanco, ilustrado) y que las ha generalizado como necesarias para el resto de los sujetos. Desde esta crítica, se busca ampliar la noción biologicista de género, por una en la cual se consideren las relaciones de poder entre los grupos y las condiciones que se crean para la salud mental de cada uno de ellos, cuestionando la neutralidad y haciendo evidentes los intereses de quienes construyen este conocimiento (Goudsmit, 1996). Para lograr identificar estas particularidades, Doyal (1996) propone deshomogeneizar las categorías “mujeres” y “trabajo” a partir de aspectos como la edad, el estado civil, el número de personas que dependen de la trabajadora, la presencia o no de trabajo doméstico, las condiciones, el tipo de trabajo y las implicaciones de la segregación horizontal y vertical. Al respecto, Bondi y Burman (2001) proponen considerar las transformaciones del mundo laboral y cómo estas han cambiado los patrones de estrés, modificando la noción de salud y subvalorando la enfermedad cuando hay situaciones relacionadas con la salud mental.

La segunda crítica es a los procesos sociales involucrados en la constitución de determinadas prácticas médicas psiquiátricas que promueven la adaptación y el control de las mujeres.

Durante gran parte del siglo XX, la evaluación de los síntomas, la investigación sobre el origen de las enfermedades y los tratamientos escogidos para mejorar la salud estuvieron afectados por las visiones estereotipadas de las mujeres: la atribución de una mayor somatización de sus enfermedades, la importancia central de factores de “orden psicológico” en la etiología de su enfermedad y la creencia de una exageración de sus reportes de dolor para evadir las responsabilidades. Esto facilitó la estandarización de ciertas enfermedades como femeninas<sup>4</sup> y generó un efecto de psicologización<sup>5</sup> de las enfermedades que presentaban las mujeres (Messing, 2002). En esta misma línea, frente a las prácticas de evaluación de la salud mental y de los servicios de atención, Bondi y Burman (2001) identificaron que aspectos como el afecto, la expresión de sentimientos o la lucha política de las mujeres son patologizados. Otras opresiones diferentes al género que se identifican por estas autoras, y que se intersectan al hablar de salud mental, son las condiciones de desventaja y exclusión social como la raza y la clase social, lo que conlleva a que algunas mujeres sean afectadas más negativamente por este tipo de prácticas cuando existen sesgos, por el posicionamiento en el que se encuentran quienes realizan estas evaluaciones e intervenciones<sup>6</sup>.

4 En Quebec (Canadá), el análisis de Kuhlman (2009) muestra que los hombres son usualmente tomados como estándares para la enfermedad coronaria y las mujeres para los desórdenes mentales.

5 Este término es empleado para “describir la importancia que se otorga a los factores psicológicos en la enfermedad cuando existe poca o ninguna evidencia que lo justifique” (Goudsmit, 1996).

6 Un ejemplo que señalan Bondi y Burman en el Reino Unido, es el uso más frecuente de terapias de conversación con las mujeres blancas de clase media, mientras que la hospitalización psiquiátrica o el uso masivo de medicamentos se ha utilizado con mayor frecuencia con mujeres marginalizadas.

La tercera crítica que recoge Sacristán, se relaciona con la etiología del padecimiento mental y el cuestionamiento del origen individual de la enfermedad. Se busca por tanto, comprender la aparición de la enfermedad mental en relación con las situaciones de inequidad que viven las mujeres en su realidad inmediata. Cuando se reproducen situaciones de dominación las mujeres se enfrentan a la pérdida de recursos tanto materiales como simbólicos con los cuales hacer frente a las tensiones que experimentan diariamente, lo que cuestiona la salud mental. Los cambios del mundo del trabajo, tales como el aumento del desempleo (periodos inactivos/amenaza de despido), el aumento en los tiempos de trabajo (horas trabajadas), la mayor monotonía y repetitividad en las tareas, la poca autonomía y poder, las escasas oportunidades de ascenso (carrera profesional), la poca valoración del trabajo por otros (prestigio) y el trabajo por turnos están relacionados.

Otro elemento a considerar, son las dificultades con relación a las dobles jornadas, en las cuales se acumula el desgaste tanto del tiempo de trabajo remunerado como del trabajo doméstico y de cuidados (Parra, 2002). Payne (1999) señala la poca atención que reciben por parte de los profesionales de la salud ocupacional las mujeres que están en empleos poco calificados y peor pagos, y que asumen responsabilidades del trabajo doméstico y de cuidados, debido a los estereotipos que existen sobre aspectos que se consideran propios y ajenos de las preocupaciones del espacio laboral.

Gideon (2007) pone el énfasis en las inequidades que generan las recientes reformas legislativas y políticas a los sistemas de salud. Al reducir los recursos con los que cuentan las mujeres para acceder a estos servicios y al limitar las alternativas desde el Estado para compartir el cuidado de personas dependientes, aumenta la posibilidad de que emerjan situaciones que afectan la

salud mental. En este sentido colectivos doblemente feminizados, como las enfermeras o las docentes, pueden verse mayormente afectados ya que además de enfrentarse a una sobrecarga de su trabajo de cuidado se enfrentan al aumento de las inequidades como mujeres.

La última crítica, citada por Sacristán (2009), es la necesidad de movilizarse del lugar de victimización en las que algunas investigaciones han posicionado a las mujeres, al señalarlas como sujetos que sufren o padecen. Esta movilización requiere acercarse al análisis de las experiencias de las mujeres desde su propio sufrimiento o padecimiento, para recuperar el saber construido por ellas frente a sus vivencias sobre la salud mental; sobre cómo la interpretan y cómo la gestionan, incorporando aspectos como el lugar del deseo o de la voluntad en estos procesos. Se reconocen las nuevas prácticas que han construido en lo cotidiano y las posibilidades de gestión de agendas colectivas y la capacidad que tienen las mujeres para negociar las condiciones que las afectan (Choun, 2009).

## Metodología

A partir de una metodología cualitativa, orientada por las propuestas del análisis del discurso (Burr, 1999; Garay, Iñiguez & Martínez, 2005) con una aproximación feminista (Lazar, 2010), se buscó dar cuenta de la reproducción del poder y sus efectos sociales en los discursos sobre la salud mental, en el contexto de la subcontratación laboral por intermediación, especialmente en lo relacionado en cómo determinadas creencias sobre el género que se dan por verdaderas son “discursivamente producidas, sostenidas, negociadas y desafiadas” (Lazar, 2010, p. 142).

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas, a nueve mujeres subcontratadas por intermediación, seis de ellas vinculadas a una Cooperativa

de Trabajo Asociado (CTA) y tres vinculadas a una Empresa de Servicios Temporales (EST) de la ciudad de Bogotá (Colombia). Las participantes pertenecen a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3; sus edades están comprendidas entre 23 y 51 años, la mayoría tiene un grado escolar de bachiller, tienen personas dependientes a su cargo (niños o adultos) y conyugue.

Para el análisis de los textos de las entrevistas se optó por construir una propuesta fundamentada en la descripción densa. La descripción densa se refiere a un proceso de interpretación del contenido de los materiales recogidos, que busca encontrar las estructuras conceptuales complejas existentes en él, las cuales a pesar de estar superpuestas y enlazadas entre sí, requieren de la intermediación de un análisis, ya que son irregulares y no se encuentran de manera explícita (Geertz, 1987). Este proceso que se caracteriza por ser interpretativo e incorporar la subjetividad del investigador, busca comprender el flujo del discurso social y acercarse a realizar descripciones cada vez más densas o “microscópicas” de las relaciones que enuncia. En el caso de esta investigación se consideró útil para ayudar a comprender los discursos, ya que a partir de la profundización en las relaciones que se establecen permite hacer evidentes las relaciones de poder, especialmente las que actúan en torno al género y otras interseccionalidades, que se encuentran en el contexto de la subcontratación y que tienen alguna influencia en lo que se construye y circula sobre la salud mental.

En este sentido el proceso de análisis requiere un trabajo artesanal que incorpora al menos tres elementos: una reflexión analítica sobre los datos, la selección y reducción de estos y su organización. En este caso se siguieron los siguientes pasos: (a) Lectura del corpus y reducción del material de investigación. Se realizaron varias lecturas de los textos de manera independiente con el fin de

identificar los temas más recurrentes y los fragmentos que ponían en discusión dichos temas. A partir de esto se construyó un nuevo documento que organizó estos temas y los fragmentos más representativos seleccionados; (b) Luego se realizó una nueva lectura de lo que se han denominado las claves epistemológicas de una aproximación feminista, buscando junto con la lógica que el nuevo documento de corpus ofrecía, *establecer unas primeras relaciones* con los temas que se habían puesto en evidencia. Esto permitió organizar los temas de la siguiente manera: lo que se dice sobre la salud mental, las situaciones que la afectan, la resolución que le han dado, la incertidumbre. Este análisis dio como resultado una matriz de doble entrada que privilegió la heterogeneidad en la saturación de los temas. Esto condujo a establecer un *segundo nivel de relación*, en el que se recogieron tanto las particularidades como algunos elementos transversales al interior del corpus; (c) A partir de esta organización, se comenzó la primera redacción del reporte de los resultados renombrando los temas de la siguiente manera: (a) dinámicas de la subcontratación, (b) discursos sobre la salud mental e (c) interrogaciones sobre el género y otras interseccionalidades. El análisis fue complementado contrastando estos resultados con otros trabajos recientes de investigación, en los cuales se evidenciaban algunas de las relaciones descritas, buscando así abrir nuevos interrogantes o complementar las discusiones. Este ejercicio permitió introducir nuevas preguntas sobre por qué las mujeres referían diferentes experiencias estableciendo relaciones en *un tercer nivel de análisis*.

## Resultados

Inicialmente se describen las particularidades del contexto de la subcontratación laboral por intermediación que interrogan la salud mental, que emergieron en el análisis. En la subcontratación laboral por intermediación, aspectos como



la intensificación del trabajo, la deslaboralización<sup>7</sup>, la aparición coyuntural de enfermedades u otras situaciones y el incumplimiento para con las responsabilidades de las personas dependientes a su cargo, se relacionan de manera más frecuente con situaciones donde la salud mental de las mujeres es cuestionada. A continuación se explorará brevemente cada uno de ellos.

En el caso de la *intensificación*, esta se convierte en un factor crítico debido al aumento de la probabilidad de errores en la ejecución del trabajo, a la incapacidad de cumplir con las exigencias de producción que satisfagan a los clientes en los tiempos que son requeridos, y las consecuencias que esto trae especialmente en la demanda de tiempos adicionales para reparar errores o cumplir las metas que no se han alcanzado. El sobreesfuerzo físico y mental, el temor a recibir una baja evaluación sobre la capacidad de producción y el desajuste del tiempo de cuidado que deben dedicar a sus dependientes, son situaciones que cuestionan la salud mental.

Para algunas trabajadoras, la intensificación afecta más cuando paralelamente experimentan la rotación permanente de la tarea, en el caso de la cooperativa o si deben atender diversas funciones con diferentes clientes el mismo día, en el caso de la temporal. Debido a la amplia variedad en la demanda de bienes o servicios que ofrecen las cooperativas y las empresas temporales, las trabajadoras requieren un repertorio básico de habilidades que deben adecuar a la tarea demandada. Sin embargo, no es esta flexibilidad la que les genera malestar sino las

condiciones en las cuales se debe desarrollar y ejecutar, es decir, mientras trabajan y están siendo sujetas a la evaluación de su desempeño.

Un segundo aspecto vinculado a las preocupaciones sobre la salud mental es la *deslaboralización* que implica la subcontratación. La inestabilidad del vínculo laboral, la desprotección en la seguridad social que esto implica para ellas y sus familias, y el estancamiento de proyectos vitales como el desarrollo de una carrera (ascensos, aumentos de salario) o la compra de vivienda y/o el acceso a créditos generan permanentes preocupaciones.

El tercer aspecto que interroga la salud mental de las trabajadoras vinculadas por intermediación, es la aparición de *situaciones coyunturales como enfermedades que afecten la capacidad productiva o la presencia de embarazos (de alto riesgo)*. Las trabajadoras experimentan temores y preocupaciones permanentes de perder su empleo cuando estas situaciones aparecen, por la fragilidad de las condiciones en las cuales están vinculadas.

Finalmente, en el caso de las mujeres que tienen a su cargo personas dependientes, la *imposibilidad o la dificultad de cumplir con las rutinas del cuidado de ellas* se convierte en una situación que genera permanente preocupación. El cuidado, se convierte en una prioridad al asumir la responsabilidad con sus dependientes en las condiciones de limitación económica en las que se desenvuelven. El tiempo de cuidado en acciones como el aseo personal del dependiente, la asistencia médica y la preparación de los alimentos representan un espacio importante de seguridad emocional en la vida de estas mujeres. La intermediación dificulta poder asumir este cuidado, cuando por el anonimato que tiene la trabajadora dentro de la organización se desconoce la situación familiar que ellas enfrentan (hijos, padres o conyugues con discapacidad, menores

7 Se refiere a la pérdida de condiciones objetivas del empleo, que garantizan tanto la estabilidad de la relación contractual del trabajador como el acceso a bienes y servicios que históricamente se han ligado al trabajo remunerado (Puig, 2011).

de edad), lo que obstaculiza la consecución de permisos o el manejo de horarios.

### **La salud mental y el estrés: interlocución con los aspectos sociales y simbólicos del género**

El estrés aparece como el elemento más referido en el discurso de las trabajadoras subcontratadas por intermediación. Este se entiende como *una respuesta anormal de alteración*, causada por las condiciones de trabajo o por las situaciones domésticas o personales que deben afrontar. La anormalidad es reconocida por una serie de “síntomas” psicosomáticos que se manifiestan cuando ellas enfrentan la situación. La presencia de temblores, taquicardia, sudoración, entumecimiento del cuello, la espalda y las manos, alteraciones de los ritmos del sueño, dolores de cabeza, aumento de la presión arterial, migrañas, problemas estomacales, infecciones urinarias, gripas frecuentes, acné, desvanecimientos y permanente preocupación son algunos de estos síntomas.

Sin embargo, estas situaciones se intentan normalizar, a partir de la negociación con algunas de las construcciones sociales y simbólicas sobre el género, para poder adaptarse a las condiciones del empleo y seguir en él. En este apartado se profundiza en las que se evidencian frente a la intensificación.

Al acoger la propuesta de Doyal de des-homogeneizar a las mujeres subcontratadas por intermediación, se encuentra que frente a la intensificación las construcciones sobre la mujer-madre y la maternidad como un sacrificio, legitiman la necesidad de adaptarse a estas condiciones de trabajo.

Hay ocasiones en las que uno se ve como tan estresado, como de la presión de que uno debe sacar una producción y no sale. Uno se preocupa, que toca tra-

bajar más tiempo, bueno, pero entonces uno piensa que en los hijos, que toca recogerlos, si a veces el estrés como que a veces lo desanima y uno a veces quisiera botar todas las cosas por la ventana porque uno ya no da más. Pero a mí, lo que me anima son mis hijos, que por ellos es que uno debe salir adelante, *porque ya uno se metió a tener hijos entonces, uno debe ser responsable por ellos, entonces eso es lo que le da a uno como la fuerza como de seguir. Es una rutina que uno tiene que seguir, uno debe luchar para seguir con eso, porque imagínate que uno se estrese un día y uno tire la toalla, ahí uno se preocupa porque si uno va a trabajar pues tiene que hacer eso.* (28 años, conyugue, 2 menores dependientes).

Desde otro lugar, algunas trabajadoras normalizan el estrés, derivado de la intensificación que experimentan en sus trabajos e incluso lo encuentran estimulante y retador. Para estas mujeres, la posibilidad de construir una identidad fuera de sus hogares como mujeres- trabajadoras, les ha abierto la posibilidad de tener mayor control sobre la distribución de tiempos entre el trabajo doméstico, el de cuidados y el remunerado; además les ha otorgado cierto poder al permitirles mayor participación en las decisiones familiares como consecuencia del aporte económico estable que hacen al ingreso familiar. En este sentido, se evidencia una lucha por sostenerse fuera del espacio doméstico como único destino y por no integrar el trabajo remunerado a él:

Mi esposo quiere poner un taller porque él sabe de confecciones, incluso me ha ofrecido que me vaya a trabajar allá, pero no me gusta, porque digo yo que trabajar con la familia, no, eso es para problemas porque una cosa es digamos ya estar en la familia, en el hogar y otra cosa es el trabajo, donde hay que exigir... Pero él quiere montar su taller, yo no quiero. ¿Por qué? porque la casa es como más esclavizante, ... va a cargar más tiempo, ya entonces uno no le puede dedicar el mismo tiempo a sus hijos, si están pequeños. Digamos ya estando dentro de una empresa, uno sabe que sale del trabajo y ya, dedíquese a lo suyo, pero en

cambio en la casa, no. Que tenemos que entregar esto mañana, entonces le va a coger el día, noche, que trasnoche, corra ya lo viví cuando nació el niño y no. (28 años, conyugue, dos menores dependientes).

Una falta de apoyo es percibida por parte de la organización intermediadora, para aligerar el proceso productivo y para reconocer las situaciones que están viviendo como consecuencia de la intensificación. La falta de espacios para la puesta en común, que les permitan comprender por qué se dan estas situaciones y cómo manejarlas, es cuestionada en la información analizada. El *uso de la ironía*, se observa para criticar la indiferencia de las organizaciones intermediadoras sobre lo que sucede con su salud y el trabajo que realizan. “A los que trabajamos aquí nunca nos dicen hagan esta pausa de actividad (*una pausa activa*) no, nunca... no nunca. Aquí me ven haciendo ejercicio es cerrando las bolsas y poniendo los tiquetes (risas)...” (41 años, conyugue, 2 adultos dependientes). “No para nada, acá toca muy independiente, mis pausas activas son vamos a la tienda a comprar algo (risas), si o sea, si queremos salir afuera, no realmente acá nada” (25 años, soltera, 1 menor y 1 adulto dependientes).

Cuando frente a las situaciones de estrés anormales, deciden ir a buscar atención en el sistema de salud, se encuentran con limitaciones que pueden conducirlos a desistir de continuar en la búsqueda de una solución. Los procesos burocráticos que están implicados en la atención dentro del sistema de salud y las responsabilidades, tanto de cuidado como de sostenimiento económico desde su condición de mujer-madre, entran en tensión cuando la distribución de los tiempos y recursos económicos necesarios para acceder al sistema, resultan poco compatibles con las obligaciones que se tienen sobre el cuidado de dependientes y los ingresos de que disponen.

En el caso de que logren acceder a la atención de un profesional de la salud mental, las mujeres se enfrentan por las dinámicas del sistema y la “invisibilidad” del síntoma, a la medicalización como vía privilegiada para resolver la situación que las afecta. Las trabajadoras reciben medicación para manejar el dolor y volver a su trabajo cuando recuperen su capacidad laboral, pero luego no vuelven a tener contacto con el médico hasta presentar nuevamente el síntoma. Como no se profundiza la indagación sobre el origen del malestar sino que se atiende el síntoma más inmediato, se desmotivan nuevas consultas.

Y mi dolor de cabeza si ya es rutinario. El día que no me duela la cabeza es... yo sufro mucho de migraña... Antes si me dolía, pero no como me duele ahora, que lo tengo más acentuado, es tanto que yo me acuesto y me levanto con el dolor de cabeza, es que no se me quita ni durmiendo. Voy al médico, él le da a uno unas pastas, le aplica a uno varias inyecciones y le dan solo acetaminofén. (51 años, viuda, sin personas dependientes).

Adicional a esto, por su situación socioeconómica, tienen limitaciones para el acceso a recursos de atención psicológica tanto dentro del sistema de salud como fuera de él. En servicios de atención psicológica o psiquiátrica particulares tampoco disponen de este tipo de soporte por parte de las organizaciones de intermediación con las cuáles están vinculadas.

## Conclusión

Como se pudo observar, las construcciones simbólicas y sociales sobre el género entran en interlocución cuando se indaga por la salud mental en el contexto de la subcontratación laboral por intermediación. Inicialmente, estas construcciones atraviesan la comprensión de las situaciones que interrogan la salud mental, la determinación de las posibilidades de acudir a buscar ayuda y las alternativas de resolver la situación de intensificación que las afecta.

La interrogación desde el lugar mujer-madre, ligada a la idea del cuidado y del sacrificio por el otro, aparece transversal en las negociaciones que se establece con la intensificación. También la clase socioeconómica aparece como importante en estas negociaciones, ya que conservar el empleo garantiza la posibilidad de acceder a ciertos bienes sociales ligados al contrato (seguridad social).

Sin embargo, vale la pena señalar que como resultado de estas negociaciones, aunque se logra manejar la situación de intensificación que las afecta, las interrogaciones sobre el género no permiten transformar esta situación. Lo que se describe como estrés, se ha normalizado como parte de las situaciones que se deben afrontar en el trabajo y en las opciones de empleo que están disponibles para ellas. Frente a la ausencia de un cuestionamiento sobre dicha normalidad, se terminan legitimando ciertas prácticas, como adaptarse a las condiciones a partir de ajustar los ritmos del cuerpo o renegociar sus tiempos de vida en espacios diferentes al laboral. Las trabajadoras entrevistadas se adaptan, luego de varias negociaciones a esta situación y exigen lo máximo de ellas, para poder sostenerse bajo las condiciones que el mercado les impone.

Esta normalización resulta favorecida al estar ausente de las dinámicas del empleo subcontratado por intermediación, el encuentro entre las trabajadoras y la socialización de esta situación. Al no haber una puesta en común de lo que puede ser entendido como resultado de la intensificación del trabajo, la balanza termina orientándose a poner la responsabilidad sobre la trabajadora al comprenderse que es ella quien tiene dificultades para manejar la situación. Como resultado de esta normalización, lo que termina sucediendo es que se invisibilizan las tensiones que se derivan de la intensificación, en las trabajadoras subcontratadas por intermediación.

Finalmente al preguntarse sobre cuáles son las subjetividades que se promueven en la interacción subcontratación laboral, salud mental y mujeres, se puede decir que estas se condicionan por el sometimiento, la docilidad y la sumisión. Sin embargo, se destacan en el análisis varias posibilidades, desde estos vínculos, de construir subjetividades ligadas al deseo, cuando en la negociación emerge el deseo de constituirse mujer fuera del espacio familiar.

## Referencias

- Arango, L. (2004). Mujeres, trabajo y tecnología en tiempos globalizados. Cuadernos CES N° 5, 3-17.
- Batthyány, K. (2007). Articulación entre vida laboral y vida familiar. Las prácticas de cuidado infantil de trabajadoras asalariadas de Montevideo. *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política*. Gutiérrez, M. A. (Coord.). Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Disponible en <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/gutierrez/07Batthyany.pdf>
- Bondi, L. & Burman, E. (2001). Women and Mental Health: A Feminist Review. *Feminist Review*, 68 (1), 6-33.
- Bourdieu, P. (1998). El neoliberalismo, utopía (en vías de realización) de una explotación ilimitada. En *Contrafuegos: reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*, pp. 136-150. Barcelona: Anagrama.
- Bronstein, A. (2007). La subcontratación laboral. *Cuadernos de integración andina*, 20. Lima: Consejo Consultivo Laboral Andino.
- Burman, E. (2003). From difference to intersectionality; challenges and resources. *European journal of psychotherapy & counseling*, 6 (4), 209-308.
- Burman, E. (2006). Emotions and reflexivity in feminised education action research. *Educational Action Research*, 14 (3), 315-332.
- Burr, V. (1999). *An introduction to social constructionism*. London: Routledge.
- Calderón, J. (2008). Trabajo, subjetividad y cambio social: rastreando el trabajo emocional de las teleoperadoras. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26 (2), 91-119.
- Camacho, K. (2008). *Las confesiones de las confecciones: Condiciones laborales y de vida de las confeccionistas de Medellín*. Colección Ensayos Laborales 17. Medellín: Escuela Nacional Sindical.
- Choun, J. (2009). *Organizing at the Margins: The Symbolic Politics of Labor in South Korea and the United States*. Ithaca: ILR Press.
- Condor, S. (1997). And so say all of us? Some thoughts of “experimental democratization” as an aim for critical social psychologists. En: *Critical Social Psychology*. Ibañez, T. and Iñiguez, L. (Edit). pp. 111-146. London: Sage.

- Corporación Cactus. (2011). *Flores colombianas entre el amor y el odio. Subjetividad y Factores psicosociales intra-laborales, extra-laborales e individuales en trabajadoras y trabajadores florícolas de la Sabana de Bogotá*. Bogotá: Instituto de salud y trabajo- Gobierno de Canadá.
- Doyal, L. (1996). Trabajo asalariado y bienestar. En: Wilkinson, S. & Kitzinger, C. *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Barcelona: Paidós.
- Garay, A., Iniguez, L. & Martínez, L. (2005). La perspectiva discursiva en psicología social. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 7, 105-130.
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Gideon, J. (2007). A Gendered Analysis of Labour Market Informalization and Access to apaHealth in Chile. *Global Social Policy*, 7(1) 75-94.
- Gómez, V. & Moreno, L. (2010). Factores psicosociales del trabajo (demanda- control y desbalance esfuerzo-recompensa), salud mental y tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 393-407.
- Goudsmit, E. (1996). ¡Todo es mental! Puntos de vista estereotípicos y la psicologización de las enfermedades de las mujeres. En: Wilkinson, S. & Kitzinger, C. *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*, pp. 28-32. Barcelona: Paidós.
- Guerrero, J. & Pulido, G. (2010). Trabajo, salud y régimen contractual en el personal de enfermería: un enfoque psicosocial. *Av. Enfermería*, XXVIII (2), 111-122.
- International Labour Organization I. L. O. (2009). *Global employment trends for women*. Ginebra: International Labour Office I. L. O.
- Kuhlmann, E. (2009). From Women's Health to Gender Mainstreaming and Back Again: Linking Feminist Agendas and New Governance in Healthcare. *Current Sociology*, 57(2), 135-154.
- Lazar, M. (2010). Feminist critical discourse analysis: articulating a feminist discourse praxis. *Critical Discourse Studies*, 4 (2), 141-164.
- Messing, K. (2002). *El trabajo de las mujeres. Comprender para transformar*. Catarata: Madrid
- Organización Internacional del Trabajo O. I. T. (2000). S. O. S. estrés en el trabajo: aumentan los costes del estrés en el trabajo y la incidencia de la depresión es cada vez mayor. *Revista Internacional del Trabajo*, 37, 4-5.

- Organización Mundial de la Salud O. M. S. (2010). *Qué es salud mental*. Tomado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/topics/mental_health/es/index.html) Julio de 2011.
- Parra, M. (2002). La salud de las mujeres trabajadoras en América Latina. En: Messing, K. (Dir.) *El trabajo de las mujeres. Comprender para transformar*, pp. 69-128. Madrid: Catarata.
- Payne, S. (1999). Paid and unpaid work in mental health. En: Daykin, N. y Doyal, L. (Eds.). *Health and Work: critical perspectives*. New York: St. Martin's Press & London: Macmillan Press.
- Puig, J. (2011). *Situación de la subcontratación en América Latina y perspectivas para su regulación*. Medellín: RedLat-Escuela Nacional Sindical.
- Sacristán, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología*, 71 (4), 647-674.
- Urrea, F. & Rodríguez, A. (2012). Subcontratación laboral de población afrocolombiana femenina en un contexto de maquila: las empresas de Ley Páez en el norte del Cauca. En: Celis, J. (Coord.). *La subcontratación laboral en América Latina: miradas multidimensionales*, pp. 301-334. Medellín: Pregón.
- Ussher, J. (2000). *Women's health: contemporary international perspective*. Leicester: BPS Books.
- Vindhya, U. (2001). From the personal to the collective: Psychological/feminist issues of women's mental health. En: Bhargavi, D. (Ed.) *Mental Health from a Gender Perspective*. pp. 82-98. New Delhi: Sage Publications.
- Weedon, C. (1987). *Feminist practice and poststructuralist theory*. Oxford: Blackwell.