



Escuela de Psicología.

Medidas de Autocuidado de Salud Mental Laboral: Percepciones de Profesionales y Técnicos de Centros de Rehabilitación de la Región Metropolitana.

Profesor guía: Melvin Anabalón Sepúlveda.

Alumna: Francisca Araya Fuentes.

Profesora Informante: Paula Flores.

Proyecto de Tesis para obtener el grado académico de Licenciada en Psicología y título de Psicóloga.

Santiago, Junio 2021.

AGRADECIMIENTOS.

Quiero agradecer a todas las personas que han hecho posible este proyecto de alguna u otra manera, a mis profesores/as en todos mis años académicos alentando una visión crítica y humana de comprender la psicología. Agradezco a mis profesores guías en el proceso final de mi carrera, por elevar las ganas de seguir aprendiendo con su paciencia y magnífica vocación de enseñar y compartir sus experiencias y saberes. Particularmente agradezco al profesor Melvin Anabalón que estuvo más de un año acompañando este proyecto, me hacía ver simple lo complejo. Al profesor Javier Lepe que con su sensible forma de ver la vida, relacionarse con sus alumnos/as y colegas, me transporto a una psicología que me permitió visualizar desde donde comenzar a mirar para mi propio ejercicio profesional, es él un claro ejemplo de lo que espero aportar en esta sociedad como psicóloga.

Todo este proceso complejo para aprender a mirar, escuchar y lograr comprender las dinámicas con las que nos relacionamos y transitamos en la vida, una vez finalizadas las jornadas de conocimiento, tenían un hogar que las acogía, todas las emociones vividas, me abrazaron por años desde mucho antes de saber que quería ser psicóloga, mi familia, mis padres Doris Fuentes y Jaime Araya y mis hermanas Valeria Araya y Ninoska Escobar, que con sus únicas y bellas formas de ser, jamás dejaron de creer en mí y motivaron hasta el final y hacía un futuro del cual seguirán siendo parte, los/as amo inmensamente, faltaran años de vida para seguir agradeciendo.

A mi querida Ita, desde el lugar donde estés, para tí el cielo, lo logre abuelita.

Por último, agradezco a mi pareja Cristobal Rojas, por su bondad al oír todas mis largas reflexiones para este proyecto, su amor y comprensión estarán siempre en mí.

Francisca Araya Fuentes.

INDICE.

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 7 |
| 1.1 Antecedentes del problema de la investigación..... | 7 |
| 1.1.1 Centros de rehabilitación..... | 14 |
| 1.1.2 Usuarios de centros de rehabilitación:..... | 16 |
| 1.2 Problematización y pregunta de la investigación..... | 19 |
| 1.3 Relevancia..... | 23 |
| 1.3.1 Relevancia teórica:..... | 23 |
| 1.3.2 Relevancia Social:..... | 24 |
| 1.3.3 Relevancia práctica:..... | 24 |
| CAPÍTULO II OBJETIVOS..... | 25 |
| 2.1 Objetivos..... | 25 |
| 2.2.1 Objetivo general:..... | 25 |
| 2.2.3 Objetivos Específicos:..... | 25 |
| CAPÍTULO III MARCO TEÓRICO..... | 26 |
| 3.1 CONCEPTOS PRELIMINARES..... | 27 |
| 3.1.1 Trabajo..... | 27 |
| 3.1.1.1 ¿Qué es el trabajo?..... | 27 |
| 3.1.1.2 ¿Qué significa para los/as trabajadores/as trabajar?..... | 29 |
| 3.1.2 Salud Mental..... | 31 |
| 3.1.3 Salud mental y Trabajo..... | 36 |
| 3.1.4 Factores de riesgo laborales..... | 38 |
| 3.1.5 Autocuidado de salud mental en el trabajo..... | 41 |
| 3.1.6 Promoción y Prevención en el trabajo:..... | 44 |
| 3.1.7 Factores protectores de salud mental:..... | 46 |
| CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO..... | 49 |
| 4.1 Enfoque metodológico:..... | 49 |
| 4.2 Tipo de investigación:..... | 50 |
| 4.3 Diseño de Investigación:..... | 51 |
| 4.4 Delimitación del Campo a Estudiar..... | 51 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4.1 Población de Estudio. | 51 |
| 4.4.2 Muestra. | 51 |
| 4.4.3 Criterios de Selección de campo y muestra de estudio. | 52 |
| 4.5 Técnicas de levantamiento de la información. | 53 |
| 4.5.1 Guion de entrevista. | 54 |
| 4.6 Técnicas para la interpretación de la información. | 57 |
| 4.7 Consideraciones éticas:..... | 58 |
| CAPÍTULO V. ANALISIS Y RESULTADOS. | 60 |
| 5.1. Producción y recopilación de los datos. | 60 |
| 5.2. Plan de Análisis de la Información. | 60 |
| 5.3. Resultados. | 61 |
| 5.4. Análisis de Categorías..... | 63 |
| 5.4.1 Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental..... | 63 |
| 5.4.1.1 Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental Organizacional..... | 63 |
| 5.4.1.2 Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental de los Empleadores..... | 65 |
| 5.4.1.3 Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental Grupal..... | 66 |
| 5.4.1.4 Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental Individual. | 68 |
| 5.4.2 Estrategias de Autocuidado de Salud Mental. | 70 |
| 5.4.2.1 Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Organizacional. | 70 |
| 5.4.2.2 Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Grupal. | 72 |
| 5.4.2.3 Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Individual..... | 73 |
| 5.4.3 Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental en el trabajo. | 75 |
| 5.4.3.1 Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Organizacional. | 76 |
| 5.4.3.2 Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Grupal..... | 77 |
| 5.4.3.3 Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Individual..... | 79 |
| 5.4.4 Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental. | 81 |
| 5.4.4.1 Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental Organizacional. | 81 |
| 5.4.4.2 Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental Grupal. | 84 |
| 5.4.4.3 Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental Individual..... | 85 |
| VI. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN. | 87 |
| Capitulo VII Referencias: | 100 |
| Capitulo VIII Anexos:..... | 107 |

8.1 Anexos de Matriz de Categorías..... 107

INTRODUCCIÓN.

La presente investigación se inicia con la hipótesis de que los/as psicólogos, psiquiatras y técnicos en rehabilitación al estar en constante vínculo con personas enfermas, expuestos a extensas jornadas en las diversas intervenciones del servicio que prestan, son expuestos a una serie de problemáticas que son propias de su ejercicio laboral, desde donde se puede deducir que la continuidad temporal de esas variables, terminan por afectar su propia Salud Mental. Y de ser así, el ejercicio profesional en Centros de Rehabilitación no será de la mejor calidad, no porque carezcan de las capacidades y conocimientos propios de su profesión, sino porque están siendo afectados psicológica y/o psiquiátricamente.

Para ello se realiza un tipo de investigación exploratorio-descriptivo con un diseño no experimental que forma parte de la metodología cualitativa, aplicando entrevistas semi-estructuradas para el levantamiento de información.

Las entrevistas se centraron en saber Cual/es medidas de autocuidado de salud mental tenían en el área organizacional, grupal e individual, y así poder analizar las percepciones que denotaban sobre dichas medidas.

Una vez aplicadas las entrevistas se pudo concluir que, los/as psicólogos, psiquiatra y técnico en rehabilitación de Centros de Rehabilitación de Drogas y Alcohol de la Región Metropolitana, comprenden la salud mental desde la estimada por la OMS, pero también desde la comprensión del modelo Biopsicosocial permitiendo que logren identificar los efectos biológicos, psicológicos y social que pudiese estar afectando y desde donde logran identificar las medidas de autocuidado de salud mental concretas en el área organizacional, grupal e individual, manifestando la responsabilidad y la efectividad comprendida como beneficios de tenerlas y/o ejercer estrategias de autocuidado de salud mental en estas tres áreas. Por último dar a conocer las diversas sugerencias que bajo sus necesidades y contexto laboral estimaban pertinentes.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1 Antecedentes del problema de la investigación.

Desde mi opinión la importancia de generar una investigación sobre Medidas de Autocuidado de Salud Mental Laboral es necesaria, ya que podré adquirir una vez finalizado este proyecto conocimientos que me permitan ejercer desde un autocuidado personal y en conjunto con otros/as para brindar mejores servicios como futura psicóloga y compañera de trabajo.

La salud mental, física y el bienestar social, son componentes completamente vitales para todas las personas y por ello resulta muy interesante el desarrollo de conocimiento acerca de ésta interrelación, dado que es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países. La magnitud del tema se puede observar en que hay 450.000 millones de personas que sufren de un trastorno mental o de la conducta, y alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año. Además, cuatro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan ser de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar). (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

En Chile, existen altas tasas de enfermedades mentales. La proporción de chilenos que ha presentado síntomas depresivos casi duplica la de Estados Unidos. La tasa de suicidios en nuestro país supera el promedio de los países de la OCDE, sin embargo, el financiamiento de la salud mental no ha aumentado según los objetivos propuestos por Minsal y los planes de salud mental implementados en la última década todavía no han logrado bajar las tasas de enfermedad mental. (Valdés y Errázuriz, 2012)

Todo lo anterior ha provocado como consecuencia, que del total de licencias médicas emitidas en Chile el 2018, las de categoría de trastornos mentales, para el caso de FONASA sean del 23.9%, lo que equivale a 4.219.301 personas y en las ISAPRES con un 20.1%,

equivalente a 1.473.554 personas. Estas cifras en su conjunto representan el 22.9% del total del sistema, equivalente a 5.692.855 de chilenos/as, ocupando el primer lugar en el registro de enfermedades. (Superintendencia de Salud [SUPERSALUD], 2018).

De hecho las enfermedades con más Años de Vida Ajustados por Discapacidad [AVISA] son las enfermedades neuropsiquiátricas en su conjunto de trastornos depresivos unipolares y bipolares, esquizofrenia, dependencia y consumo alcohol y drogas ilícitas, trastornos ansiosos, epilepsia, demencias, enfermedad de Parkinson, migraña, parálisis cerebral infantil y síndrome de déficit atencional del niño, abarcando 23,2%, y ocupando el primer lugar en gasto por licencias curativas. (Errazuris, Valdes, Vöhringer y Calvo, 2015).

Como medida de intervención, el Ministerio de Salud (Minsal) ha implementado el Proyecto del Plan de Salud Mental, iniciado el 2017 y con fecha de término el 2025. Este Plan propone los siguientes objetivos estratégicos y metas a cumplir en líneas de acción complementarias y sinérgicas entre sí:

- Regulación y Derechos Humanos: Plantea la necesidad de una Ley de Salud Mental y armonizar las normativas y la práctica a los nuevos y exigentes estándares de derechos humanos.
- Provisión de Servicios de Salud Mental: Busca profundizar el modelo de la red temática de salud mental en el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria que constituye el norte de la salud pública.
- Financiación: No sólo se trata de obtener mayores recursos, sino también que éstos vayan asociados a mejores mecanismos de financiación y que impulsen el modelo comunitario.
- Gestión de la Calidad: Postula mejorar los mecanismos de registro alineados a los procesos de calidad y de información para la gestión, así como disponer de insumos desde la investigación para evaluar lo que se hace.

- Intersectorialidad y Participación: Intenta romper la soledad con que el sector Salud ha enfrentado las tareas en promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social. Además, persigue incrementar la participación de las comunidades, y en especial de los usuarios, en los procesos terapéuticos, en la gestión de los servicios, en la generación de políticas, y apoyar su participación en sus comunidades. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2017).

Este proyecto logra profundizar en aristas primordiales antes de cubrir la vida de las personas en su totalidad, a través de un levantamiento de información aplicado a usuarios y trabajadores/as, obteniendo factores protectores psicológicos y sociales. Minsal (2017).

Siendo relevante para esta investigación dicha población trabajadora. De hecho uno de los objetivos estratégicos y metas del Proyecto de Plan de Salud Mental son los siguientes:

Objetivo estratégico N°4: Incorporar al mundo del trabajo como sector relevante para la promoción, prevención y protección de la salud mental.

Estrategias:

a) Desarrollando en la Red de Salud la capacidad de pesquisa, diagnóstico precoz, tratamiento e intervención de la enfermedad mental de origen laboral, con especial foco en los trabajadores del sector informal y en los afiliados al Instituto de Seguridad Laboral, de acuerdo a la ley 16.744.

b) Facilitando el acceso y desarrollando iniciativas de prevención y diagnóstico precoz hacia grupos vulnerables desde la perspectiva laboral: desempleados y sus grupos familiares; familiares de personas con licencia por enfermedad mental, entre otros.

c) Generando acciones de vinculación con empresas y trabajadores organizados para la promoción y prevención en salud mental, incluyendo acciones contra el estigma.

Metas:

- Al año 2020, un 50% de los Servicios de Salud han incorporado pautas de acción específicas hacia grupos vulnerables desde la perspectiva laboral.
- Al año 2025, un 100% de los Servicios de Salud tienen la capacidad de diagnóstico precoz, tratamiento e intervención de enfermedades mentales de origen laboral. Minsal (2017).

Entonces, es relevante denotar, que debido a las problemáticas de salud mental en el trabajo, es evidente la afectación, por ende, de todas las instituciones laborales.

Fisher (2007) afirma que:

Cuidar, ser cuidado y cuidarse son desempeños propios e indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son propias a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a originar y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a las comunidades. Es así como cuidar representa un conjunto de actos para la vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle. (pág. 6)

Dicho lo anterior, es que la población trabajadora de interés para esta investigación son quienes trabajan en el área de Salud Mental, ya que son quienes “cuidan” velando directamente por la salud mental de la población chilena. En este caso en particular será por aquellos profesionales y técnicos del área de adicciones de alcohol y drogas.

En nuestro país, la población trabajadora según las estadísticas del trimestre de Octubre y Diciembre del año 2019 realizado por el Instituto Nacional de Estadística [INE], corresponde a un total nacional de 8.501.400, con una tasa de ocupación de un 55,2%. Ahora, la misma fuente revela que el número de trabajadores que se dedican a las áreas de la salud de las personas corresponden a 507.100 personas, y entre ellos se encontrarán los profesionales y técnicos en quienes centraremos nuestra investigación: Psicólogos, psiquiatras y Técnicos en Rehabilitación. INE (2020).

Es relevante indicar que lamentablemente, no se han encontrado estudios específicos sobre las medidas de autocuidado de salud mental laboral, del psicólogo, psiquiatra o el técnico en rehabilitación, los antecedentes al respecto son limitados y se remiten a contextos que no son aplicables en otros escenarios.

Las investigaciones internacionales y nacionales encontradas apuntan principalmente a la viabilidad del proceso en los pacientes con adicciones, definiendo diferentes aristas, tales como sus propias características. Así lo muestra el estudio *“Características clínico y sociodemográficas de los pacientes de un centro de rehabilitación para las adicciones”*. (Cruz, Gainob y Souza, 2016).

En otros casos, el foco de los estudios se centra en reconocer la estructura y tipología familiar de los pacientes, como es el caso de la investigación; *“Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca realizada*. (Vargas, Parra, Arévalo, Cifuentes, Valero y Cierra, 2015).

Investigaciones de terapias alternativas como; *Yoga en el Tratamiento de Adicciones. La Experiencia de Dos Años de Práctica de Yoga con Pacientes del Centro de Rehabilitación Takiwasi.*” (Brito, 2010).

Por otra parte, existen variadas investigaciones sobre los/as profesionales de la salud mental y, en particular, se aproxima al tema de esta investigación la expuesta por el siguiente autor. Aguirre (2010) quien refiere en su investigación, *“Evaluación ergonómica de carga mental y factores de riesgo psicosocial del trabajo, en profesionales, técnicos y administrativos de un centro de rehabilitación de salud mental privado”*, reconoce el estrés en los trabajadores de un Centro de Rehabilitación de Salud Mental. Con un universo de 20 trabajadores, pero con una muestra de 18, de los cuales 14 eran profesionales y técnicos y 4 administrativos, se utilizó un cuestionario basado en método NASA TLX (que evalúa carga mental) y el cuestionario SUSESO-ISTAS 21 (que evalúa factores de riesgo psicosocial en el trabajo). Se obtuvo como resultado que en los profesionales y técnicos el

78,6% de los trabajadores percibió carga mental alta y más del 57% con factores psicosociales de alto riesgo (6 subdimensiones del cuestionario SUSESO- ISTAS 21). Los trabajadores administrativos el 75% percibió carga mental alta y el 50% percibió factores psicosociales de alto riesgo (2 subdimensiones del cuestionario SUSESO- ISTAS 21). Esto permite reconocer la existencia de factores de riesgo psicosociales en el trabajo para quienes trabajan en la rehabilitación de la salud mental.

Respecto a los profesionales de centros de rehabilitación de adicciones, las investigaciones encontradas apuntan al ejercicio profesional y a las modalidades de intervención. Como es el caso de la investigación de Díaz y Palucci (2010), *“El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia”*, el estudio describe las actividades terapéuticas, administrativas, de promoción del autocuidado, prevención, rehabilitación e inserción social a nivel porcentual en el ejercicio profesional de psicólogos, enfermeros y terapeutas ocupacionales frente a sus pacientes. Además de investigaciones que abordan la percepción de psicólogos sobre las mejores estrategias de intervención en pacientes de los centros de rehabilitación, como es el estudio realizado por Quintana y Pedrozo (2018); *“Tratamiento psicológico para la rehabilitación del drogodependiente desde la percepción del psicólogo en el Centro Nacional de Control de Adicciones de Asunción”*, en esta investigación se genera una recopilación de información desde una entrevista semi-estructurada a una muestra de 20 psicólogos respecto a las modalidades y recomendaciones en el ejercicio profesional en centros de rehabilitación, concluyendo que es la terapia cognitiva conductual la utilizada con mayor frecuencia, ya que permite estrategias de autocontrol.

Por último, existe una investigación cercana a la nuestra, realizada por Aguirre, Cornejo y Ferreira H. (2015). *“Percepción de psicólogos y técnicos en rehabilitación de una comunidad terapéutica respecto a la relación entre el trabajo que ejercen y su propia salud mental”*, en esta investigación primeramente denota la relación entre el trabajo y salud mental de psicólogos, técnicos en rehabilitación en una comunidad terapéutica privada, recopilando la percepción de dicha hipótesis e incluyendo los efectos que está produciendo en los trabajadores. Para ello se utilizó como instrumento una entrevista a profundidad, donde Aguirre, Cornejo y Ferreira (2015) concluyen que la percepción de los trabajadores se

caracteriza por:

- Ser una percepción que no está construida a priori, sino que necesita de los cuestionamientos de “otro” para ser constituida.
- Se maneja el constructo de Salud Mental con mucha similitud al modelo Biopsicosocial, o sea entendiéndolo como un constructo más integral y completo que la sola ausencia de patología. Pero este concepto se externaliza a los “otros” y no se piensa como algo “propio”.
- El trabajo que realizan dentro de una Comunidad Terapéutica privada puede tener valoraciones positivas o negativas, pero ellas dependería de las características personales de cada individuo, es decir, pertenecientes al nivel individual dentro del modelo de Comportamiento Organizacional de Stephen Robbins.
- Los efectos psicológicos y biológicos del trabajo en la Salud Mental de los trabajadores de una Comunidad Terapéutica, también se significan y dependen de aspectos propios de cada individuo, no son transversales al grupo.
- Existe un consenso en los trabajadores respecto al efecto en la vida social que tiene el trabajo que ejercen en la Comunidad Terapéutica, y consiste en que todos señalaron la incomodidad frente a la escasez de tiempo para compartir con personas significativas, reconociendo que el trabajo les provoca un distanciamiento con sus seres más cercanos, que se traduce en un deterioro vincular producto de la falta de comunicación y acompañamiento. (p. 116 y 117).

A continuación se presentarán antecedentes de los/as centros de rehabilitación, la labor de los profesionales y técnicos en rehabilitación y por último se denotará las características de los usuarios de los centros de rehabilitación, para comprender la realidad con la que lidian en su ejercicio laboral los/as psicólogos/a, psiquiatras y técnicos en rehabilitación.

1.1.1 Centros de rehabilitación

La presente investigación tendrá como campo de estudio Centros de Rehabilitación privados de la Región Metropolitana.

Artículo 1º.- Se entenderá por Centro de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, a un establecimiento público o privado especializado, que brinda atención ambulatoria o residencial, a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia al alcohol o a sustancias psicoactivas, tales como estupefacientes o psicotrópicos, asociado o no con alcohol. (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], 2017).

Espacios que cuentan con un equipo multidisciplinario, ya que los profesionales y técnicos en Chile requeridos para estos centros del área de salud mental, regidos por la institución SENDA, indica en el reglamento, párrafo V, las siguientes exigencias del personal:

Artículo 14.- El establecimiento deberá contar con personal idóneo, con conocimiento y experiencia en el tema y en número suficiente para llevar adelante, adecuada y permanentemente, los programas terapéuticos y de rehabilitación, cuya nómina estará incluida en el documento a que se refiere el N° 5 del artículo 3º. Los profesionales y técnicos, con experiencia en el tratamiento y rehabilitación en esta área, que pueden formar parte del equipo terapéutico son: a) Asistente Social; b) Psicólogo; c) Médico general; d) Médico especializado en Psiquiatría; e) Terapeuta Ocupacional; f) Enfermera; g) Técnicos en Rehabilitación; h) Cuidadores; i) Monitores. Se requiere que cada equipo cuente a lo menos con Médico, Psicólogo y dos profesionales adicionales de diferentes profesiones, según lo expuesto en el artículo 18. (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], 2009).

En Chile existen 387 centros de rehabilitación ambulatorios y residenciales, los

cuales son públicos y privados con diversos profesionales y trabajadores/as. (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], 2017).

Para conseguir sus objetivos, las Comunidades Terapéuticas deben funcionar con el trabajo de profesionales y técnicos especialmente capacitados para ello y el Ministerio de Salud establece las normativas para regular la forma de trabajo de estos especialistas dentro de los diferentes centros de atención. Estos son:

- Guía Metodológica “Normas Técnicas y Programáticas en Beber Problema: Consumo Perjudicial y Dependencia Alcohólica”, Ministerio de Salud, del año 1993.
- Guía Metodológica “Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas de Drogas”, Ministerio de Salud, 1996.
- “Normas de Calidad de Atención para Personas con Problemas de Drogas y Alcohol”, Ministerio de Salud, 1995. (Aguirre, et al, 2015).

La labor que deben ejercer profesionales y técnicos, según estos documentos es permitir y monitorear la desintoxicación de personas con dependencia de mayor severidad, contener la conducta impulsiva e intensificar los procesos psicoterapéuticos. Esta labor la consiguen trabajando paralelamente en la realización de:

- La evaluación y el diagnóstico en cada caso.
- La organización y ejecución de actividades y psicoterapias individuales y grupales con pacientes y/o familiares.
- Administración de fármacos.
- Terapias familiares. (“Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de personas con problemas de drogas”, Ministerio de Salud, 1996).

Para comprender la labor que deben ejercer a diario en sus jornadas de trabajo estos/as especialistas en los centros de rehabilitación de alcohol y drogas, se dará a conocer a continuación el perfil de personas que asisten y solicitan atención en estas instituciones.

1.1.2 Usuarios de centros de rehabilitación:

Aguirre, et al, 2009 indica que actualmente las drogas y sus víctimas, son parte de una problemática social que ha propiciado que muchos expertos y los/as mismos ciudadanos/as deseen profundizar en esta problemática, dado el alto alcance que tiene en la población mundial y la magnitud de las consecuencias asociadas a los consumidores de estas sustancias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término “drogadicción”, “drogodependencia” o “consumo problemático de drogas” como:

Un estado psíquico y algunas veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un proceso psicoactivo, que se caracteriza por producir modificaciones de la conducta y otras reacciones que incluyen siempre un deseo incontrolable de consumir droga, continua y periódicamente, a fin de experimentar nuevamente sus efectos psíquicos y evitar a veces el malestar de su privación. (Organización Mundial de la Salud).

En nuestro país, la entidad gubernamental responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, de llevar a cabo las políticas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social y de elaborar una estrategia de drogas y alcohol, es el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

Por otro lado, para distinguir el momento en que el uso de drogas se transforma en una dependencia para el individuo, debemos prestar atención a la cantidad consumida, la frecuencia con que se consume, las características del consumidor, y las circunstancias en

que se produce el consumo.

La tasa de dependencia a una droga se considera como tal, cuando una persona cumple tres o más criterios definidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y son:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera). (Como se citó en Aguirre, et al, 2015).

Considerando lo anterior, cabe resaltar el contexto de vida de los usuarios de los Centros de Rehabilitación de alcohol y drogas. Al respecto, Landdón (1992), citado en Celedón V. (2010), indica que los consumidores dependientes a drogas y/o alcohol, comparten algunos efectos que no son necesariamente de la persona sino que comprenden el área social y las características familiares en las que están inmersos. Para ello, describe la realidad de las personas adictas de nuestro y las clasifica según 3 factores de riesgo:

Los factores individuales afectando al sujeto en su desarrollo individual, psicológico y cognitivo, debido a cambios de conducta, daños orgánicos y riesgo de adicción que se suman a la imagen negativa o una autoestima baja; **Los factores familiares** como conflictos, violencia y desintegración que se traducen en la falta de afecto en la familia, la dificultad en la comunicación entre sus miembros, la permisividad y autoritarismo vistos como extremo son nefastos, además entran los factores familiares como antecedentes de alcoholismo o consumo de drogas de los padres; **Los factores sociales** como la delincuencia, baja escolaridad, bajo rendimiento y la deserción del sistema educacional, situación laboral irregular como el ausentismo y los accidentes laborales y de tránsito entre otras. (Celedón, V. 2010).

Gracias a la comprensión del contexto de los Centros de rehabilitación mencionada y los tipos de usuarios/pacientes de estos espacios de salud mental, podemos ver la realidad a la que se enfrentan Psicólogos/as Psiquiatras y Técnicos en Rehabilitación que trabajan en un Centro de Rehabilitación de alcohol y drogas, además del alcance que tiene a nivel país el problema de la drogadicción y la dependencia a las sustancias.

1.2 Problemática y pregunta de la investigación.

La necesidad visualizada respecto a la temática de la salud mental en Chile es un hecho y no una opinión. Es decir, el país ha llegado a niveles donde los problemas de salud mental son la principal causa de años perdidos de vida saludables, además de generar altos costos, tanto directos como indirectos, a los pacientes, familias y sociedad en su totalidad. (Ferrari, 2017).

Todos estos puntos generan un conflicto en el quehacer de cualquier trabajador/a en Chile, ya que las estadísticas son alarmantes, además de las desigualdades en la salud pública y privada, y el acceso a ellas. Y si bien, el nuevo proyecto de salud mental implementado el 2017 ha tomado en cuenta la promoción sobre el autocuidado de salud mental en el trabajo como factor protector social y que se eleven y administren de manera más eficiente los recursos orientados a los propósitos de mejora en la Salud Mental de Chile (Minsal, 2017) la finalización de esta medida aún es lejana y, por ende, aún faltan años para poder reconocer su efectividad.

Desde las cifras mencionadas por la Superintendencia de Salud (SUPERSALUD, 2018) que muestran un serio problema de trastornos de salud mental en la gran masa de trabajadores/as chilenos/as, se da cuenta de la necesidad que a través del Ministerio de Salud, se establezca una política de salud mental para todos/as los/a chilenos/a y en particular para todos/as los/as trabajadores/as.

Las cifras globales de los/as trabajadores/as con enfermedades de salud mental en Chile son de un total de 5.692.855 (SUPERSALUD, 2018) debido a las condiciones laborales y/o empresariales frente a un contexto que posibilita las enfermedades de salud mental por trabajar.

El ausentismo laboral es un problema de salud pública que ha mostrado un aumento en el interés de estudio debido a su impacto en la economía, la competencia entre

empresas y el desarrollo del talento humano, trascendiendo de manera global la salud mental de el/la trabajador/a, pues interfiere en el desarrollo óptimo de conocimientos, habilidades, experiencias, destrezas y aptitudes de quienes son considerados el capital intelectual de la organización y un elemento fundamental para el logro del éxito organizacional. (...) (Tatamuez- Tarapues, Domínguez y Matabanchoy-Tulcán, 2019).

Siendo una preocupación relevante por un grupo específico de trabajadores/as, el cual es mucho más especializado dada la naturaleza del servicio que prestan, que es estar constantemente en contacto con personas vulnerables, enfrentados a distintos tipos de psicopatologías de orden psiquiátrico y psicológico,

De las enfermedades con más Años de Vida Ajustados por Discapacidad [AVISA] (Errazuris, et al, 2015) predomina en gran parte de la población Chilena la enfermedad neuropsiquiátrica por adicciones de alcohol y droga, de hecho es una de las 5 enfermedades de salud mental que cubre el auge en Chile (Superintendencia de salud, 2020) y como indica Fisher, 2007 cuidar a esta población contribuye a originar y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y la comunidad, lo cual representa a un conjunto de actos para la vida, teniendo como objetivo hacer que esta se mantenga, continúe y se desarrolle.

Dicho lo anterior, es que la población trabajadora de interés para esta investigación son quienes trabajan en el área de Salud Mental, ya que son quienes “cuidan” velando directamente por la salud mental de la población chilena. En este caso en particular será por aquellos profesionales y técnicos del área de adicciones de alcohol y drogas, ya que como se mencionó anteriormente es una parte de la población más afectada. Lo que propicia que un gran porcentaje de la población trabajadora del área de salud mental, como lo son los/as psicólogos/as, psiquiatras y técnicos en rehabilitación esté focalizado en programas o instituciones de Rehabilitación de Alcohol y Drogas.

Todos/as ellos/as, al estar en constante vínculo con personas enfermas, expuestos a extensas jornadas en las diversas intervenciones del servicio que prestan, posibilitan a la exposición de una serie de problemáticas que son propias de su ejercicio laboral, desde

donde se puede deducir que la continuidad temporal de esas variables, terminan por afectar su propia Salud Mental. Y de ser así, se podría hipotetizar que el ejercicio profesional en Centros de Rehabilitación no será de la mejor calidad, no porque carezcan de las capacidades y conocimientos propios de su profesión, sino porque están siendo afectados psicológica y/o psiquiátricamente.

En este contexto es interesante conocer qué es lo que hacen las instituciones privadas para fomentar el autocuidado de salud mental en sus propios profesionales y técnicos. Y también conocer qué hacen los propios profesionales de salud mental para generar autocuidado de salud mental dado que, la naturaleza de sus servicios nunca va a variar, por ende siempre estarán expuestos a estas problemáticas.

Por lo tanto, se pretende reconocer cómo las medidas de autocuidado para su salud mental atraviesan al menos 3 áreas de aspectos psicosociales de cada profesional y técnico. La primera denominada **área individual** que busca indagar como actúan fuera y dentro del espacio laboral para su autocuidado de salud mental; la segunda, denominada **área grupal**, la cual pretende reconocer las dinámicas de grupos en el autocuidado de salud mental en el trabajo. Y la tercera, denominada **área organizacional** donde se espera describir si existe en la institucionalidad de los Centros de Rehabilitación de la Región Metropolitana, autocuidado de salud mental para su/s profesional/es y técnico/s. Si bien la intencionalidad de la investigadora apunta a un contexto laboral, cada trabajador/ar se relaciona en diferentes espacios sociales, donde las dinámicas laborales, de posibilitar alguna dificultad en el bienestar psicológico y/o psiquiátrico, puede trascender a la vida de las personas, es decir, que no solo afectaría en las dinámicas grupales y del ejercicio profesional en el trabajo, sino además a la vida personal, desde donde también se puede reconocer posibles dinámicas de prevención o de alteración en la vida psicológica y/o psiquiátrica de los/as profesionales y técnicos en rehabilitación, es decir, que es indispensable visualizar que la vida personal no es independiente de la laboral, sino más bien transversal, por lo tanto la manera de relacionarse en las tres áreas psicosociales mencionadas de ser afectadas, pueden posibilitar como consecuencia las alteraciones psicológicas y/o psiquiátricas de los profesionales y técnicos en los Centros de Rehabilitación de la Región Metropolitana. Para ello se genera la siguiente pregunta de

investigación.

Pregunta de investigación.

¿Cual/es son las percepciones sobre las medidas para el autocuidado de salud mental laboral que tienen los/as profesionales y técnicos de Centros de Rehabilitación de la Región Metropolitana y que abarquen el espacio individual, grupal y organizacional?

1.3 Relevancia.

1.3.1 Relevancia teórica:

Esta investigación pretende generar variados aportes. En primer lugar, como una investigación que enriquezca la literatura sobre este tema, el cual tiene variada información para el acceso académico y la investigación en diferentes disciplinas de ciencias sociales. El tema a indagar hace un recorrido en el circuito del sistema de salud mental a nivel nacional como internacional (OMS y MINSAL), denotando cifras estimativas de evaluaciones e investigaciones del sistema público en Chile, tales como la Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud, SENDA, entre otros. Reconociendo consecuencias directas en la población trabajadora y principalmente en los/as profesionales y técnicos que se dedican al ejercicio profesional sanitario y de salud mental.

Los trastornos de salud mental relacionados con el trabajo afectan directamente el quehacer laboral de sus trabajadores/as y para su intervención es necesario comprender que los sujetos son parte del espacio laboral, por ende a nivel sujeto no se es distinto al o la trabajador/a, si no como sujeto con experiencias vitales y globalizadas. (Echeverría, 2007).

Desde esa perspectiva, será un aporte para la psicología, ya que no se ha encontrado información específica respecto a las medidas de autocuidado de los/as profesionales y técnicos en los centros de rehabilitación (psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, técnicos en rehabilitación y terapeutas ocupacionales). Es por ello, que de existir medidas de autocuidado en alguna de las tres áreas; individual, grupal y organizacional, se pretende entregar nuevos conocimientos sobre posibles medidas de autocuidado que se realizan en este tipo de instituciones y que por consiguiente se realizan en conjunto como equipo de trabajo e individualmente, ya sea dentro o fuera del espacio laboral.

1.3.2 Relevancia Social:

(Aguirre, et al, 2009) Actualmente las problemáticas de adicciones han tenido un elevado alcance en sus estudios debido a la trascendencia mundial que ha afectado a todas las víctimas de esta enfermedad. En Chile existen 387 Centros de Rehabilitación (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], 2017). Es por ello, que si bien la investigación se enfoca en centros de la Región Metropolitana puede ser de conocimiento y utilidad a nivel nacional como internacional. Los/ trabajadores/as independiente de su ejercicio profesional, mientras su labor sea en este tipo de instituciones se enfrentan a la misma población con enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas por adicciones. El asunto acá es que el impacto causado por la situación de los/as profesionales y técnicos, indirectamente afecta a mucha gente y esto lo pone como un tema de alto impacto social.

1.3.3 Relevancia práctica:

Dicho lo anterior, de existir la posibilidad de identificar medidas de autocuidado de salud mental en el área organizacional, grupal e individual manifestadas a través de las percepciones de los/ profesionales y técnicos en rehabilitación, permitirían quizás, obtener opciones de autocuidado de salud mental para los/as trabajadores/as de Centros de Rehabilitación de Alcohol y Drogas.

Así, quienes ejerzan un trabajo enfocado en personas con enfermedades de salud mental por adicciones de alcohol y/o drogas, puedan prevenir sus propias enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas, ya que las prácticas laborales que les compete a cada uno/a en los centros de rehabilitación es compleja, propiciando entonces que sea bajo la premisa de tener y tomar medidas de autocuidado de salud mental a nivel organizacional, grupal e individual.

CAPÍTULO II OBJETIVOS.

2.1 Objetivos.

2.2.1 Objetivo general:

Analizar las percepciones sobre las medidas de autocuidado de salud mental laboral de los/as profesionales y técnicos de Centros de Rehabilitación privados de la Región Metropolitana, desde tres áreas psicosociales; organizacional, grupal e individual.

2.2.3 Objetivos Específicos:

° Identificar cuáles son las medidas de autocuidado de salud mental laboral de los/as profesionales y técnicos de Centros de Rehabilitación privados de la región Metropolitana en el área psicosocial organizacional.

° Identificar cuáles son las medidas de autocuidado de salud mental laboral de los/as profesionales y técnicos de Centros de Rehabilitación privados de la región Metropolitana en el área psicosocial grupal.

° Identificar cuáles son las medidas de autocuidado de salud mental laboral de los/as profesionales y técnicos de Centros de Rehabilitación privados de la región Metropolitana en el área psicosocial individual.

° Analizar los alcances percibidos por los/as profesionales de centros de rehabilitación privados de la Región Metropolitana, respecto a la/s medida/s del autocuidado de salud mental en el trabajo desde las tres áreas psicosociales; individual, grupal y organizacional.

CAPÍTULO III MARCO TEÓRICO.

Como se planteó anteriormente, esta investigación busca analizar las percepciones de los/as profesionales y técnicos de centros de rehabilitación respecto al autocuidado de salud mental laboral desde tres áreas; la individual, la grupal y la organizacional. Además, a propósito de que esta investigación es cualitativa y está tomada desde la percepción de dichos trabajadores/as, para esta investigación se comprenderá la percepción según Merleau-Ponty (como se cita en Vargas, 1994), quien menciona que la percepción es una construcción en curso de significantes en el espacio y tiempo, es decir que:

La percepción debe ser entendida, desde esta mirada, como relativa al contexto histórico social, pues está ubicada en un espacio tiempo, realizando una elaboración simbólica que atribuye características cualitativas a la experiencia y mediante referentes va generando evidencias sobre la realidad, las evidencias son construcciones ideológicas y culturales que posibilitan la acción, porque otorgan sentido a la experiencia, esto constituye una unidad inseparable entre lo somático y lo cultural, transformando la experiencia inmediata en una representación. (Vargas, 1994, p. 50).

Por otra parte, es necesario definir diversos conceptos teóricos para comprender qué es el trabajo y como este se relaciona con la salud mental de los/as trabajadores/as con la finalidad de comprender cómo las tres áreas mencionadas anteriormente juegan un papel fundamental para el autocuidado de salud mental y la vida de los/as profesionales y técnicos en rehabilitación.

3.1 CONCEPTOS PRELIMINARES.

3.1.1 Trabajo.

En los estudios realizados por las ciencias sociales acerca del trabajo se encuentra una diversidad de enfoques, metodologías y niveles de análisis desde diversas perspectivas como la histórica, social, económica y psicológica. (Romero, 2017).

Basado en los autores Blanch Ribas, Borges & Yamamoto (como cito Tolfo, Chalfin, Baasch y Soares, 2010).

El concepto de trabajo se está cambiando de acuerdo al contexto histórico y social. (Tolfo, 2010, p. 176).

Para esta investigación el concepto de “trabajo” se conocerá desde definiciones teóricas actuales y si bien es importante conocer la historicidad de este, es aún más relevante definir dicho concepto desde nuestro contexto histórico y social.

3.1.1.1 ¿Qué es el trabajo?

Según Blanch Ribas (cómo citó Tolfo, et al. 2010).

El trabajo es una actividad humana social, compleja y dinámica, ejercida de forma individual o colectiva. No se reduce, las acciones instintivas resultantes de las funciones biológicas direccionadas a la supervivencia, sino que “(...) se distingue de cualquier otro tipo de práctica animal por su naturaleza reflexiva, consciente, propositiva, estratégica, instrumental y moral”. (Tolfo, et al., 2010, p. 177).

Se puede deducir que Blanch reconoce la relación entre hombre/trabajo como una actividad que demanda utilizar el raciocinio de cada persona de manera individual o colectiva lo cual es válido, pero cuando nombra los factores que implican la práctica como el ser reflexivo, consciente, estratégico, entre otros, deja fuera aspectos propios del ser humano como la subjetividad que en cada uno/a emerge cuando se ejercen dichas

prácticas frente a la actividad de trabajar, aspectos psicológicos y relacionales en el contexto de trabajo.

Hegel (como cito Aguirre, et al., 2015):

“Concibe al trabajo como actividad mediante la cual el espíritu desarrolla sus potencialidades y, al mismo tiempo, actividad en que el espíritu deviene algo distinto de sí mismo...” (Aguirre, et al., 2015, p. 30).

Hegel de alguna manera habla de un antes y después en el espíritu de los/as trabajadores/as al desarrollar la actividad de trabajo, generando cambios en quienes lo ejerzan desde sus potencialidades. (Aguirre, et al., 2015).

Palací y Peiró (cómo cito Villalón, 2005) reconocen estos factores faltantes en el concepto de trabajo y la vida de las personas como:

El conjunto de actividades humanas, sean éstas retribuidas o no. Con la utilización de instrumentos y técnicas que permite transformar materia e información en ciertos bienes, productos o servicios. En este sentido, quien trabaja, aporta a este proceso una serie de recursos personales y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social. (Villalón, 2015, p. 34).

Para esta investigación se comprenderá el trabajo de ésta manera, como una actividad humana donde los/as profesionales y técnicos en rehabilitación al ejercer su profesión (técnicas, instrumentos, conocimientos) en el área de salud mental en los centros de rehabilitación posibilitan proveer a los pacientes/usuarios un servicio que permite acompañarlos en el proceso de rehabilitación y la inserción social, donde la compensación por sus recursos personales empleados son los sueldos que se reciben mensualmente, además la interacción al momento de trabajar también los predispone a compensaciones psicológicas y/o sociales.

Por último, es importante conocer las compensaciones por las interacciones del trabajo psicológicas y sociales que se pudiesen generar para los/as profesionales y

técnicos de los centros de rehabilitación, para ello se responderá la siguiente pregunta.

3.1.1.2 ¿Qué significa para los/as trabajadores/as trabajar?

De la Garza Toledo (como cito Tolfo, et al., 2010).

Enfatiza la necesidad de: (...) un concepto ampliado de Trabajo, que considera a la vez sus dimensiones objetiva y subjetiva. Es decir, partir de que el trabajo es una forma de interacción entre hombres y con objetos materiales y simbólicos, que todo trabajo implica construcción e intercambio de significados. (Tolfo, et al., p. 177).

Lo que presupone que está actividad denominada trabajo y su relación con el hombre permite que lo objetivo genere un intercambio hacia lo subjetivo, es decir, que el trabajo como una interacción dinámica con todo lo que sea parte de el, ya sea entre hombres, objetos materiales y aspectos simbólicos, permite ir reconociendo que su actividad interpela a los hombres por la significancia subjetiva que cada trabajador/a pueda generar en sí mismos, pero la cuestión es, ¿De qué manera genera significancias? ¿Qué tipo de significancias?

Para De la Garza Toledo (2002).

Vivir del trabajo supone que se participa en un mundo de vida que es importante aunque solo sea por el ingreso recibido por realizar esta actividad. Se pueden tener sentimientos, valores, sentidos estéticos o cogniciones diversas con respecto al mundo del trabajo, de amor, odio, indiferencia; de realización o instrumentalismo; de horror o gusto estético; de realización profesional o de alineación [...] En otras palabras, la diversidad de experiencias de trabajo y de no trabajo, compartidas en determinados niveles de abstracción, pueden contribuir, junto con las formas de dar sentido de los participantes en estos espacios de relaciones sociales, a la conformación de sujetos sociales diversos. (De la Garza, 2002, p. 124).

Es por ello, que para esta investigación el trabajo de los/as profesionales y técnicos de los centros de rehabilitación permite que las experiencias de trabajo y no trabajo posibiliten aspectos subjetivos de todo tipo por la diversidad de sujetos que se relacionan socialmente fuera y dentro del trabajo, generando ser contribuyentes al momento de ejercer su profesión, pero debido a los/as variados/as trabajadores/as y sus subjetividades también podrían posibilitar la descontribución en el trabajo, tal es el caso, que según Lea (1987) (citado por Aguirre, et al., 2015). Responde más bien a ¿por qué la gente trabaja? Comprendiendo el concepto de trabajo argumentado desde 4 factores principales, estos son:

1. El trabajo como actividad Instrumental: según este factor, la razón por la cual una persona trabajaría sería para obtener principalmente un beneficio. Es decir, el individuo se emplearía por el pago (en caso de que sea un trabajo remunerado) o por la utilidad que el mismo trabajo le puede aportar (definir su identidad personal y estructurar el tiempo).
2. El trabajo como fuente de placer: este factor contempla aquellos trabajos cuya actividad es intrínsecamente placentera para el individuo que la ejerce, para lo cual es necesario que pueda procesar el significado que el sujeto da al placer y al trabajo, sin llegar a la exclusión entre ambos términos.
3. El trabajo como autoactualización: para el autor, “la gente busca el trabajo que es más adecuado a sus habilidades e intereses” (Lea, citado en Descouvieres 1998), y en esa búsqueda de mejoramiento interno y productivo las personas pueden encontrar la razón por la cual trabajan.
4. El trabajo como institución social: otro factor que incide en por qué trabaja la gente hoy en día es que el trabajo provee de un grupo social primario fuera de la familia, satisfaciendo las necesidades sociales positivas del individuo. Además el trabajo le otorga diferentes significaciones sociales tanto positivas como negativas. Ejemplos de estas significaciones son el estatus social, la identidad personal y el estigma asociado a ciertos trabajos. De este modo el trabajo cumple la función de integrar al individuo a la sociedad y le permite expresar en ella sus propios valores. (Aguirre,

et al., p. 33).

Es decir, que estos cuatro factores componen parte de la vida de un ser humano al ejercer un trabajo como realidad de un/a trabajador/a y como persona, empleándose en esta interacción social de beneficios, realización, potencialidades personales que pueden justamente conllevar entre las diversas dinámicas a obtener aspectos positivos como negativos y estos dos últimos aspectos son claves y de interés para esta investigación, ya que pudiesen favorecer a los/as trabajadores/as o incluso posibilitar un motivo que interpele y afecte la salud mental no sólo para su trabajo, sino para la vida de el/la trabajador/a en términos psicológicos y/o psiquiátricos desde la cotidianidad al trabajar, por ende se hace necesario comprender que se entenderá por salud mental.

3.1.2 Salud Mental.

Existen variados enfoques que han desarrollado el concepto de salud mental, los planteados a continuación son desde el ámbito clínico, psiquiátrico, social y psicológico.

En el ámbito clínico, por mucho tiempo se ha homologado el concepto de salud mental con el concepto de enfermedad mental, así cuando se piensa y planifica en salud mental, las propuestas y proyecciones empiezan y terminan en enfermedad mental; también se han utilizado los criterios de la medicina tradicional para referirse a la salud mental (Dávila, 1994).

En el ámbito de la psiquiatría se entiende que la Salud Mental:

Es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano, lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades (Vidal, 1986).

Si bien se desarrolla el concepto de salud mental, es una descripción ampliada

respecto a cómo el equilibrio y adaptación influye de manera social e individual en las personas, dejando fuera la especificación de qué tipos de particulares no solo sociales, sino individuales pudiesen existir.

En el ámbito social La Organización Mundial de la Salud considera que:

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La Constitución de la OMS dice que: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

En este apartado se destaca que la salud mental es un estado de bienestar donde cada persona desarrolla sus capacidades, logrando ser capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajando de manera productiva y contribuyendo a su comunidad. En este sentido, el cual es positivo, la salud mental sería el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz para su comunidad, esto quiere decir que la salud mental y el bienestar son imprescindibles para nuestra capacidad individual de pensar y colectiva, interactuar con los/as demás, manifestar sentimientos, ganar el sustento y disfrutará la vida. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Desde esta mirada, se puede considerar que la promoción, la prevención, la protección y lograr el mantenimiento de la estabilidad de la salud mental trasciende como preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

En el ámbito de la psicología la salud mental según Peter B. Warr:

Se compone del bienestar activo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado. Resulta del intercambio entre las características del medio, los procesos que las originan y ciertos atributos de personalidad. Además, otras características personales que afectan a la salud mental son la edad, el género, el status socioeconómico, los valores personales y las

habilidades psicomotoras, intelectuales y sociales. (Como cito Fischer, 2007, p. 30).

Bajo este concepto la salud mental y bienestar se establece según aspectos propios y personales frente al medio social y colectivo con el que se relacione cada persona.

Engel (1977) (como cito Juárez, 2011). Genera un modelo biopsicosocial y afirma que el mismo se enmarca dentro de la teoría general de sistema, ya que su modelo de sistemas asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud mental indicando que:

El modelo biopsicosocial es una propuesta integradora, comprehensiva y sistemática (Sperry, 2008) de los niveles biológicos, psicológicos y sociales del individuo. Dichos sistemas interactúan intercambiando información, energía y otras sustancias (Havelka, Lučanin, & Lučanin, 2009), permitiendo la confluencia de perspectivas muy diferentes en una concepción holista integrada dentro modelo biopsicosocial, tal como ocurre con la psicología individual (Sperry, 2008). (Juárez, 2011, p. 72)

Juárez (2011). Este modelo biopsicosocial si bien no define factores ni dimensiones, es precisamente su libertad la que permite explorar las problemáticas de salud mental.

El Ministerio de Salud en el año 2008 publicó el libro “En el camino al Centro de Salud Familiar”, donde se explican las posibilidades del modelo Biopsicosocial para ser aplicadas al sistema de salud gubernamental, el cual fue creado con la finalidad de poder generar la existencia de un manejo óptimo en la experiencia de la enfermedad de las personas, definido de la siguiente forma:

- El modelo Biopsicosocial considera la salud y la enfermedad como un continuo: no es necesario buscar categorías para comprender la enfermedad sino que se necesita comprender el malestar de la persona, el contexto en el que se producen y sus interacciones. La persona y su malestar conforman un sistema.

- El modelo Biopsicosocial considera al sujeto como parte de un sistema, y la forma en que un estímulo afecta al sujeto dependería de las interacciones dentro del sistema.
- El modelo Biopsicosocial, reconoce los límites de su acción y es aplicable en salud, en enfermedad, en la vida y en la preparación a la muerte: las personas pueden ser acompañadas en todo momento, con un cuidado continuo.
- El modelo Biopsicosocial considera que no existe el profesional objetivo: todo profesional que evalúa el estado de salud de otro sujeto, está influido por su experiencia, consciente o no de ello (creencias, mitos, sentimientos, etc.) y esto le resta objetividad.
- El modelo Biopsicosocial considera la unidad mente/cuerpo: en los seres humanos coexisten ambas dimensiones, por lo que es necesario enfrentar los problemas de salud observando ambas realidades. Al evaluar la salud de una persona se debe tomar en cuenta tanto la persona integral como su contexto, y no puramente la enfermedad.
- El modelo Biopsicosocial “diagnostica” problemas: sin dejar de lado aspectos biológicos de la enfermedad, el nuevo modelo realiza diagnósticos contextualizados reconociendo las diversas formas de sufrimiento humano. Dentro de los contextos incluidos en el nuevo diagnóstico, el contexto primario es la familia.
- El modelo Biopsicosocial considera el valor terapéutico de la relación equipo persona: reconoce el aspecto social (familia, entorno) como parte de las responsabilidades de la persona para el cuidado y la mantención de su propia salud. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2008).

Para efectos de esta investigación, se trabajara con el modelo biopsicosocial, ya que es de gran importancia comprender al ser humano y su estabilidad de salud mental desde todas las áreas propias de cada uno/a, es decir, bajo todos los contextos sociales y

relacionales, considerando cada vida personal como un sistema único donde cada aspecto se intersecta y de afectar y emerger algún malestar, el cual no necesariamente sea de enfermedad, puedan ser identificadas desde sus dinámicas e interacciones individuales como colectivas.

La comprensión de persona como sistema permite poder no alejarse de las pretensiones de esta investigación y bajo esta premisa desarrollar el concepto de salud mental en la interacción del sistema de cada profesional y técnico de los centros de rehabilitación, considerando que el contexto donde se desarrollan sus dinámicas individuales y colectivas es llamado trabajo, un espacio con situaciones cotidianas e incluso rutinarias donde se emplea una labor a través de las relaciones sociales con un otro/a, ya sean sus compañeros/as de trabajo como pacientes/usuarios y que una vez finalizada la jornada laboral, siguen otras relaciones sociales en un contexto distinto como lo son el hogar con la familia y la sociedad misma.

Por otra parte, este modelo biopsicosocial denota como desde lo individual se transita en sus dinámicas sociales y personales, para lograr comprender que sucede en cada persona y así, permitirse que se comprendan así mismos desde la idea de que cuerpo y mente son dos dimensiones que conviven en cada uno/a, para que incluso la responsabilidad de autocuidado pueda realizarse en esta cotidianidad desde lo personal y lo colectivo.

Por último, el modelo biopsicosocial se divide en tres dimensiones; la biológica, psicológica y social, estas dos últimas representarán las percepciones de las medidas de autocuidado desde la siguiente concepción: en el área individual y el área grupal corresponde a las dimensiones psicológicas y sociales y en el área organizacional corresponde a la dimensión social. Y si bien el modelo biopsicosocial no desconoce a las enfermedades de salud mental, comprendiendo esta como dimensión biológica, las medidas de autocuidado de salud mental que emerjan para esta investigación serán aquellas estrategias en sus dinámicas cotidianas en el espacio laboral en el área organizacional, grupal e individual, donde solo esta última área considera aquellas dinámicas cotidianas fuera del espacio laboral. Es por ello, que no se utilizará esta concepción biológica en la identificación de medidas de autocuidado, se aleja de las

pretensiones de esta investigación.

3.1.3 Salud mental y Trabajo.

Actualmente el trabajo tiene una realidad compleja y heterogénea, que se realiza en múltiples modalidades, teniendo en común el desarrollo de la sociedad capitalista, es decir, que se desarrolla por las necesidades económicas de los individuos, donde cada necesidad es distinta de otra con intereses distintos que confluyen en el mercado de trabajo, y que implica reconocer en el trabajo un espacio de conflicto. (Parra, 2001).

Según Friedmann (1963) (como cito Parra, 2001). El trabajo es concebido como creación de utilidad, de riquezas, servicios o como organización social de la lucha contra la naturaleza.

Desde el inicio de las transformaciones del trabajo en la sociedad capitalista se ha estudiado la vinculación entre el trabajo y la salud, con objetivos preventivos y terapéuticos, la medicina del trabajo asociaba las patologías desde el paradigma de demostración de la relación causal entre el trabajo y el daño a la salud, donde las alteraciones se reflejaban desde la objetividad de lo visible y sus alteraciones en el organismo humano, siendo lógico que esta disciplina lleve a estudiar los efectos del trabajo en la salud mental apelando a la precisión, pero deja fuera un aspecto fundamental en la salud mental, lo que ocurre en la mente de los individuos. (Parra, 2001). Como son los aspectos psicológicos.

Si la comprensión de salud mental se refiere al bienestar psicológico, automáticamente adquieren importancia otros aspectos del trabajo, distinto a este paradigma de causa y efecto. Como se mencionó antes, el trabajo es una actividad humana donde se relacionan individuos con distintos intereses; el trabajo es un fenómeno colectivo y las agrupaciones en él se basan por apelar a los mismos intereses constituyéndose en actores sociales. (Parra, 2001).

Por otra parte, una consideración más profunda, indica que el trabajo cumple variadas funciones no económicas para la existencia humana. Si bien las sociedades

contemporáneas presentan una fuerte orientación al trabajo como rasgo cultural de manera que la vida de las personas se estructura en torno a la actividad laboral, está no significa que solo sea por necesidad económica (Acuña y Reyes, 1982). En efecto, el trabajo permite que los sujetos se incorporan e integran socialmente siendo reconocidos como parte de ella (Carlotto y Gobbi, 2001).

Jahoda, (1982); García y González, (2000), (como cito Villalón, 2005). Indican que ser parte activa de una organización laboral y tener éxito en ese espacio, influye de forma determinante en la salud mental de un individuo, ya que posibilita ser considerado un sujeto sano, maduro y feliz.

Esto significaría que la actividad de trabajar en la vida de las personas permite fragmentar en diversos intereses que no solo son de atractivo económico, perdiendo entonces la lógica instrumental. Siendo relevante señalar, que el significado psicológico que cada persona le otorgue a su trabajo, se verá al menos parcialmente condicionado, por las oportunidades de desarrollo integral en el, y la calidad relacional y de interacción en la organización con sus pares y supervisores. (Acuña y Reyes, 1982).

Pero, ¿Que ocurre cuando estos aspectos se tornan en reacciones adversas? Durante todo el siglo XX las teorías mecanicistas buscaron comprender los “desajustes del sistema nervioso”, denominado como “fatiga mental”, pero al no ser convincente se hace abandono a las explicaciones mecanicistas de los intercambios de energía y se adopta el nombre de “estrés”, para definir el conjunto de reacciones adversas provocadas por el trabajo (Parra, 2001).

Pero para esta investigación se comprenderán las alteraciones en la salud mental de los/as trabajadores/as, como alteraciones en su vida cotidiana y que estas podrían generar algún trastorno de la salud mental, lo que no supone sea patológico, por ende el estrés u otra patología no es parte de las intenciones de esta investigación.

Es por ello, que reconocer las alteraciones como factores de riesgo propician la necesidad de comprender este concepto.

3.1.4 Factores de riesgo laborales.

Los constantes cambios en el mundo laboral y en la fuerza de trabajo, según algunos autores, implican nuevos riesgos, entre los cuales aparece el estrés, por ello es importante tener en cuenta las características y demandas del trabajo en los tiempos modernos (Hurrell, Murphy, Sauter & Levi, 1998).

Los factores de riesgos en general se pueden definir como según Sanz (2004) (como cito Fisher, 2007):

Aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para desarrollar un problema o una enfermedad específico” (como cito Fisher, 2007, p. 88).

Morales (2016) (como cito Gómez y Calderón, 2017) señala que los riesgos laborales cambian constantemente debido a la evolución que se da en los cambios científicos y tecnológicos, de políticas económicas y administrativas, a la innovación administrativa en las condiciones de trabajo y la introducción de nuevas técnicas en los procesos productivos. Y es en el trabajo uno de los ámbitos donde las personas permanecen una cantidad importante de tiempo, donde tienen contacto con un gran número de factores de riesgo, según la actividad laboral que desarrolle cada persona. (Nava, 2016) (Como cito Gómez y Calderón, 2017).

Entonces, la salud laboral surge como una respuesta al conflicto que se produce entre la salud y las condiciones de trabajo que cada persona tenga en su espacio laboral, donde se busca hacer control e intervención sobre las condiciones de trabajo y la salud de los/as trabajadores/as (Andrade & Gómez, 2008). (Como cito Gómez y Calderón, 2017).

Señala Martínez (2016), que el estrés se produce en el espacio laboral siendo una de las fuentes productoras de riesgos psicosociales.

Barlow (2000) (Como cito Gómez y Calderón, 2017), presenta unas fuentes de estrés

laboral que exponen a las personas a exigencias cotidianas que pueden afectar la salud mental y su bienestar (ver tabla 1).

Tabla 1.

| |
|---|
| Fuentes de estrés laboral y de carrera |
| Creadores de estrés laboral y de carrera |
| <ul style="list-style-type: none">- Plazos límite- Dificultades de comunicación- Clientes hostiles - Directivas con grandes expectativas- Cosas que hacen perder el tiempo- Salarios demasiado bajos- Problemas de desarrollo de su carrera- Falta de aprecio del trabajo- Aburrimiento- Líneas de autoridad confusas- Abuso o maltrato verbal- Falta de desafíos en el trabajo- fracasos personales- Compañeros de trabajo que fuman- Exceso de ruido en el entorno de trabajo- Impresos sin sentido - Gestión de crisis- Falta de privacidad en el trabajo- Cambios administrativos- Traslados de ida y vuelta del trabajo |

- Tener responsabilidades sin tener el control
- Colegas incompetentes
- Demasiadas reuniones
- Interrupciones
- Trabajo que nunca se acaba
- Inseguridad laboral
- Entorno físico de trabajo
- “El cliente siempre tiene la razón”
- Evaluación de la situación
- Quejas crónicas de los clientes
- Moral baja - Políticas de oficina
- Ser nuevo en el trabajo
- Trabajo nocturno
- Sustituir a compañeros de trabajo enfermos
- Falta de apoyo del jefe
- Público exigente
- Uniformes incómodos
- Falta de entrenamiento en el trabajo
- Fallos en la maquinaria y equipos
- Acoso sexual en el trabajo
- Conflictos entre el personal
- Gente que llega tarde al trabajo
- Problemas poco claros

Nota: Adaptado de Barlow (2000, p. 60).

Hasta este punto es pertinente señalar, que cada persona reacciona individualmente frente a acontecimientos estresantes, y dependiendo de su nivel de vulnerabilidad y sus habilidades de afrontamiento como recursos, donde la actividad de trabajo en su dinámica laboral independiente de cual sea, puede ser considerada para cada persona de manera distinta. (Fisher, 2007).

Parra (2001) indica que:

Es difícil cuantificar el impacto del trabajo por sí mismo en la salud mental del individuo, aunque no se duda en reconocer que ejerce influencia clave; por ello, se plantea que no se puede traspasar la responsabilidad por los problemas y su prevención exclusivamente a los empleadores. (Parra, 2001, p. 9).

Es decir, que las personas están expuestas a los factores de riesgo en el ambiente y para el enfoque de esta investigación, para los profesionales y técnicos en rehabilitación pueden existir factores de riesgo propios del espacio laboral, la cuestión es que con los acontecimientos estresores presentes urge el autocuidado de salud mental personal, como el autocuidado de salud mental laboral, ya que no se puede traspasar la responsabilidad exclusivamente a los/as trabajadores/as y tampoco a sus empleadores. Siendo relevante comprender el concepto de autocuidado que puede prevenir dichos acontecimientos estresores en un espacio laboral, en este caso en los centros de rehabilitación.

3.1.5 Autocuidado de salud mental en el trabajo.

El concepto de Autocuidado tiene su origen en la salud pública, inicialmente desde la práctica de la enfermería. Según Orem (como cito Morales, 2003) Autocuidado se define como:

Aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario. (Como cito Morales, 2003, p. 89).

El Autocuidado, por tanto, “es una función reguladora que las personas desarrollan y ejecutan con el objeto de mantener su salud y bienestar”. (Oltra, 2013).

Otra perspectiva del autocuidado en el mantenimiento de la salud la proponen Punamäki y Aschan (S.F) (como cito Fisher, 2007), quienes definen la esencia del autocuidado como la capacidad de cada individuo para generar autocontrol de su salud y enfermedades. Las conceptualizaciones que estos autores proponen surgen de los propios miembros de la comunidad y su clasificación son las siguientes categorías:

- a) Búsqueda y resguardo del significado y propósito de la vida.
- b) Relaciones sociales y convivencia (togetherness).
- c) Mantenerse activos.
- d) Recreación y disfrute.
- e) Disciplina y buena salud.
- f) Tratamiento de síntomas y enfermedades.

Esta nomenclatura aporta factores psicoespirituales y sociales de importancia para las personas, pues los incorpora como componentes de su salud y bienestar y consecuentemente como metas de autocuidado.

Para efecto de esta investigación el concepto de autocuidado se utilizará para identificar las medidas de autocuidado que se realizan para este fin preventivo a favor de la salud mental que los/as trabajadores/as de Centros de rehabilitación ejerzan o no, identificando cual/es emplean en su espacio laboral de manera individual y grupal e identificando las que la organización provee para los profesionales y técnicos en rehabilitación.

Dicha prevención, son acciones cotidianas de los/as profesional y técnico de salud mental definido más bien según Oltra (2003) como:

Estrategias centradas en la persona del profesional y que aluden principalmente a la posibilidad de visualizar oportunamente los malestares y síntomas de agotamiento emocional, así como la descompresión o vaciamiento, que se refiere a la oportunidad de compartir con los pares y el equipo las emociones asociadas a la carga de trabajo cotidiano, la mantención de redes de apoyo personales y protección de áreas libres de temas laborales. (Oltra, 2003, p. 89).

Para hablar de autocuidado es imprescindible el reconocimiento de estar en riesgo, y reconocer la situación de riesgo, lo que inclina a aceptar la condición de vulnerabilidad. “El término vulnerabilidad encierra una gran complejidad. Hace referencia a la posibilidad del daño, a la finitud y a la condición mortal de cada ser humano”. (Oltra, 2013).

Tomando las palabras de Lydia Feito (2007) (como cito Oltra, 2013):

El ser humano es, por tanto, vulnerable y frágil por su misma condición corporal y mortal, pero también por su capacidad de sentir y pensar, de ser con otros y de desarrollar una conciencia moral. La vulnerabilidad no sólo hace referencia a la dimensión biológica sino también a la historia del individuo en relación con otros, al daño derivado de la relación con otros. (Como cito Oltra, 2013, p. 88).

Todos los sentimientos que afloran al ser testigos del dolor, el sufrimiento, la muerte, la impotencia y la desesperanza, son manifestaciones de nuestra vulnerabilidad y los profesionales y técnicos abocados a la tarea de servicio, por tanto, deben reconocer en primera instancia esta condición de ser vulnerables para poder desarrollar estrategias que permitan mitigar los efectos de su labor. (Oltra, 2013).

En efecto, los/as profesionales y técnicos de los centros de rehabilitación trabajan constantemente con las dolencias de un otro/a, el cual además padece patología dual. El servicio que los/as trabajadores/as entregan es de un permanente acompañamiento de rehabilitación para los pacientes/usuarios los cuales están de manera residencial en los centros y según el ejercicio profesional existirá un trato mayor o menor directo, pero que aun así, significa estar expuesto a la vulnerabilidad, es por ello que la promoción y prevención debiese ser considerado como pilar fundamental para el óptimo cuidado de los

profesionales y técnicos en rehabilitación, porque no necesariamente se es consciente que son vulnerables para realizar medidas de autocuidado de salud mental, incluso se puede ser consciente y no emplear medidas de autocuidado de salud mental, pues para esta investigación es este un motivo relevante a identificar, ya que la existencia o no de medidas en las tres áreas a tratar; organizacional, grupal e individual son complementarias, porque todas trasciende y cohabitan en las experiencias de un contexto laboral colectivo y personal, y esta última área, la que continúa en constante relación en el contexto de la vida completa de cada profesional y técnico, siendo el término de jornada laboral, lo único que define el cambio de contexto relacional, pero que subjetivamente está siempre en cada persona.

3.1.6 Promoción y Prevención en el trabajo:

Mañas (2001) (como cito Gómez, 2006) afirma que:

Las condiciones de trabajo pueden influir positiva o negativamente en la salud, aumentando el nivel de ésta o causando la pérdida de la misma. Los daños a la salud de los empleados se concretan en enfermedades del trabajo (enfermedad profesional y enfermedad vinculada al trabajo) y accidentes laborales, aunque también existen otras expresiones de las malas condiciones de trabajo. (Como cito Gómez, p. 108).

De acuerdo con la definición global adoptada por el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su primera reunión en 1950 y revisada en su duodécima reunión en 1995:

La finalidad de la salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los trabajos; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad. (Organización Internacional de Trabajo, 2003, pág.108) (Como cito Gómez, 2006).

García et al. (2000) (Como cito Gómez, 2006) Indica que la práctica de salud laboral surge como consecuencia del conflicto entre salud y condiciones de trabajo, y se ocupa de la vigilancia e intervención sobre la salud de los/as trabajadores/as en el trabajo, siendo su objetivo eliminar todos los factores perjudiciales para la salud, entregando tratamiento y rehabilitación y paralelamente potenciar los factores beneficiosos para la salud y bienestar de cada trabajador/a.

Considerando que para lograr ejercer un estudio y práctica de salud laboral se necesitan tres objetivos fundamentales: la conservación del bienestar físico, social y mental en relación con las condiciones de trabajo; el control de estas condiciones, a fin de garantizar una seguridad total en el trabajo; y la compatibilidad del ambiente laboral con las capacidades de cada trabajador.

Siendo relevante considerar que los problemas de salud pueden ser prevenidos, ya que es en el mismo espacio donde se encuentran los factores perjudiciales como beneficiosos para la salud, es decir que es el espacio idóneo para realizar programas de promoción de la salud.

Desde la perspectiva biopsicosocial, la prevención implica activación y autorresponsabilidad de las personas respecto a su salud. Fomentar el conocimiento y el autocontrol es lo que se conoce como promoción de la salud. Implica una visión holística del ser humano en la que se integren aspectos tales como ideología, valores, creencias, actitudes, ecología, cultura, nivel socioeconómico, factores políticos y el estilo de vida (Bravo & Serrano, 1997) (como cito Gómez, 2006).

Sin embargo, es importante tener en cuenta, además los supuestos del modelo biopsicosocial de salud (Engel, 1977) (como cito Gómez, 2006), para establecer:

Los objetivos y estrategias de intervención preventivas a partir de los procesos biológicos, psicológicos, familiares y de grupos pequeños, como también de los factores socioculturales y ambientales, institucionales y las políticas públicas. (Como cito, Gómez, p.109).

Sparks et al. (2001) (como cito Gómez, 2006), por su parte, plantean que:

La promoción de la salud en el trabajo permitirá la reducción de los costos médicos, las discapacidades y el ausentismo, y aumentará el compromiso de los trabajadores. Así mismo, enfatizan la participación de los empleados en intervenciones planeadas que permiten alcanzar el bienestar y la efectividad organizacional.

Los beneficios de la promoción de la salud en el trabajo incluyen el aumento en la productividad, el decremento del ausentismo, el incremento en la moral de los empleados, el cual es visualizado en la lealtad hacia la compañía, la rotación reducida, la productividad en la fuerza de trabajo, el aumento de la satisfacción laboral, el incremento de la habilidad para ejecutar y desarrollar tareas de alta calidad, la reducción de costos y una mejor imagen corporativa (Conrad, 1987, p. 111 y 112) (como cito Gómez, 2006).

Para finalizar, sería importante denotar el planteamiento de Salanova y Schaufeli quienes indican que:

El elemento central de una dirección consistente de los recursos humanos radica justamente “cuidar” y no “quemar” a los empleados, ya que éstos son el “corazón” de la organización. Los empleados son el capital humano de la organización, por lo tanto hay que cuidarlos y desarrollar este capital, tanto como sea posible. (Salanova y Schaufeli, 2004, p. 112).

3.1.7 Factores protectores de salud mental:

Desde una perspectiva general podemos decir que los Factores de protección, se pueden entender dentro de los contenidos que consideran las teorías integrativas y comprensivas que tienen como objetivo “explicar la conducta personales de carácter psicosocial mediante la integración de distintos componentes de diversas teorías, o bien plantean una teoría comprensiva que permite exponer por sí sola dicha problemática.” (Begoña Iglesias, 2002, p. 169) (Como cito Fisher, 2007).

Fisher (2007) considera respecto a este enfoque que los factores de protección están considerados como aquellas características ambientales e individuales que reducen la posibilidad de que una persona se implique en alguna problemática de carácter psicosocial, donde se debe tener en cuenta que los factores de protección no son el valor opuesto a los factores de riesgo sobre una misma variable, sino que son otros factores cuya presencia amortigua el impacto de los factores de riesgo.

Tulia, María Uribe, (2003) (como cito Fisher, 2007) indican que los elementos que pueden favorecer los factores protectores en una Institución pueden desarrollar en las personas:

Autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al potenciar la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, auto reconocimiento y auto expresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.

Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.

Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, actitudes y prácticas, y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamientos.

Generar procesos participativos; la promoción del auto cuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia

salud, entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso mutuo sobre su propia salud de las personas que ofrecen los servicios de salud y quienes lo reciben. (Como cito Fisher, 2007, p. 35).

37

Referenciado de esta manera los factores protectores en el modelo de Warr (como cito Fisher, 2007) se integrarían en la línea de aquellos elementos personales, laborales y contextuales que influyen productivamente en el desarrollo de las pautas de los ejes de comodidad, entusiasmo y satisfacción y que se vinculan directamente al establecimiento del logro de la satisfacción laboral.

Respecto a esta investigación se podría interpretar que si bien existen diversos factores estresores como protectores, cada trabajador/a comprende y tiene una subjetividad distinta siendo necesario identificar de manera individual cada percepción personal, lo cual se realizará en los/as profesionales y técnicos en rehabilitación que se estudiarán en esta investigación.

CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO.

4.1 Enfoque metodológico:

Esta investigación analizo a través de las percepciones de los/as profesionales y técnicos de salud mental de los centros de rehabilitación de la región Metropolitana, las medidas de autocuidado de salud mental en las áreas; individual, grupal y organizacional. Es por ello, que la metodología que se utilizo fue de un enfoque cualitativo, el cual buscaba recolectar y analizar información en todas las formas posibles, exceptuando numéricas, centrándose en la exploración de un limitado, pero detallado número de casos o ejemplos que se consideran esclarecedores y de interés. Siendo la meta lograr profundidad y no amplitud en la investigación. (Blaxter y et al., 2000). (Como cito Niño, 2011).

Debido a que se buscaba comprender la perspectiva de los/as participantes (individuos o grupos pequeños de personas a las que se investigará) acerca de los fenómenos que los envuelven, profundizando en sus opiniones, perspectivas y experiencias, es decir, cómo percibían de manera individual los partícipes desde sus subjetividades, propias de la realidad de cada uno/a. (Baptista M., Fernández C., y Hernández R. 2010). (Cómo citó Aguirre, 2015).

Se esperaba obtener de los trabajadores/as las medidas de autocuidado de salud mental que emergen desde la institución y sus relaciones, siendo relevante que también puedan existir medidas de autocuidado personales en el espacio laboral como fuera de este, comprendiendo que cada uno de ellos/as no puede ser fragmentado como persona, sino más bien es un todo capaz de tener los recursos personales para afrontar las diversas situaciones de estrés, siendo necesario que todas las personas puedan tener la capacidad entonces para su autocuidado una protección frente al ambiente, donde el espacio laboral también debiera proveer dicha protección. (Naranjo (2009); Parra (2001).

4.2 Tipo de investigación:

Según las características de este trabajo, el tipo de investigación que se realizó fue el exploratorio- descriptivo.

Es exploratorio, ya que el estudio a realizar ha sido poco investigado. Las más próximas a el tema de está investigación han considerado aspectos similares, pero no iguales, un ejemplo es haber investigado sobre profesionales de salud mental y sobre la salud mental de estos/as, donde el objeto o intencionalidad con el tema puede asimilarse, pero son un campo de estudio completamente distinto, por ende realidades distintas. Para esta investigación se considera como campo de estudio los Centros de Rehabilitación de Drogas y Alcohol, donde generalmente se han enfocado como objeto de estudio en este tipo de contextos a los usuarios y las familias de dichos pacientes, pero no sobre los/as trabajadores/as de este espacio considerando este tema de investigación. Cabe mencionar que en Chile existe un estudio en un centro de rehabilitación, que buscaba identificar las percepciones de los factores de riesgos laborales para algunos profesionales y trabajadores, siendo el estudio más próximo a esta investigación. Pero en nuestro caso los objetivos de esta investigación pretenden identificar para analizar las medidas de autocuidado de salud mental en el área organizacional, grupal e individual donde el contexto y participes, como campo y objeto de estudio respectivamente no han sido estudiados como tal, propiciando ser un tema distinto de investigación y poco estudiado. (Baptista M., Fernández C., y Hernández R., 2010). (Como cito Aguirre, et al., 2015).

Por otro lado, es descriptivo, ya que permitió especificar las características relevantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. (Baptista M., Fernández C., y Hernández R., 2010) (Cómo cito Aguirre, et al., 2015).

Para esta investigación se buscó analizar las realidades propias de cada profesional y técnicos en los centros de rehabilitación de adicciones y drogas, que hayan emergido debido al ejercicio profesional en este contexto laboral, percepciones de los/as profesionales de sus experiencias y diversas situaciones a las cuales se han visto expuestos.

4.3 Diseño de Investigación:

El diseño para esta investigación es de tipo no experimental- transeccional. Primero no experimental, ya que como señala Kerlinger:

La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. (Kerlinger, 1979, p. 116).

Para este estudio se pretendía analizar la información obtenida de los/as profesionales de salud mental desde sus propias realidades personales en su contexto laboral. Además esta investigación es de diseño transeccional o transversal, ya que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, describiendo las variables, para analizar su incidencia e interrelación en el momento dado. (Baptistas, et al., 1997).

4.4 Delimitación del Campo a Estudiar.

4.4.1 Población de Estudio.

El universo de estudio estaba compuesto por los/as profesionales y técnicos de salud mental de tres Centros de Rehabilitación de drogas y alcohol de la región Metropolitana. Tales profesionales son; los/as Psicólogos/as, Psiquiatras y Técnicos en Rehabilitación.

4.4.2 Muestra.

Para esta investigación se necesitaba entrevistar a un/a psicólogo/a, un/a psiquiatra y un/a técnico en rehabilitación de cada centro, ya que son 3 centros de rehabilitación se tomaría como muestra 3 profesionales de cada centro generando una muestra total de 9 profesionales y técnicos, pero que finalmente fueron de la siguiente manera presentada en el casillero tipológico.

Casillero Tipológico.

| Institución | Entrevistado/a | Ocupación | Tiempo de trabajo en la institución. |
|-------------|----------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Entrevistado 1 | Técnico en Rehabilitación. | 1 año. |
| 1 | Entrevistado 2 | Psiquiatra. | 1 año y 6 meses. |
| 1 | Entrevistada 3 | Psicóloga. | 2 años. |
| 2 | Entrevistada 4 | Psicóloga. | 6 meses. |
| 2 | Entrevistada 5 | Técnico en rehabilitación. | 2 años. |
| 3 | Entrevistada 6 | Psicóloga. | 1 año. |
| 3 | Entrevistado 7 | Psicólogo. | 2 años. |
| 3 | Entrevistado 8 | Técnico en Rehabilitación. | 6 meses. |

Para poder elegir a cada profesional y técnico en rehabilitación se estipulo el siguiente criterio de selección.

4.4.3 Criterios de Selección de campo y muestra de estudio.

Para la selección de campo de estudio de esta investigación se esperaba que cumplieran con los siguientes requisitos:

- a) Que fueran Centros de Rehabilitación de Alcohol y Drogas en la Región Metropolitana.
- b) Que tuvieran al menos como trabajadores un/a psicólogo/a, un/a psiquiatra y un/a técnico en rehabilitación.

Para la participación de los/as profesionales y los/as técnicos en rehabilitación de salud mental de esta investigación se esperaba que cumplieran con los siguientes requisitos:

- a) Primeramente que sean los/as profesionales y los/las técnicos sean titulados en Psicología, Psiquiatría y Técnicos en Rehabilitación, los/as cuales deben encontrarse trabajando en Centros de Rehabilitación de Alcohol y Drogas en la región metropolitana.
- b) En segundo y último lugar se espera que dichos profesionales y técnicos tengan como experiencia un mínimo de 6 meses para que puedan proveer sus percepciones de autocuidado de salud mental frente a los factores protectores laborales, individuales, grupales y organizacionales.

4.5 Técnicas de levantamiento de la información.

El objetivo principal de esta investigación es analizar las percepciones de profesionales y técnicos de salud mental, que trabajan en Centros de Rehabilitación de Adicción y Drogas respecto a sus propias experiencias de medidas de autocuidado de salud mental laboral identificando cual/es medida/s existen en la organización, entre las relaciones de manera grupal y de manera individual, para esta última área ya sea dentro o fuera del contexto laboral. Para ello, como técnica de levantamiento de información se realizaron entrevistas semi-estructuradas, ya que permite reconocer qué tipo de información se requiere y en base a ello realizar un guion de preguntas, donde se debe tener una actitud abierta y flexible como entrevistador/a, posibilitando la inclusión de nuevas cuestiones según las respuestas y la dinámica que emerja. (Folgueira, 2016).

Además al ser percepciones propias de la experiencia de cada entrevistado/a, haber podido indagar en ellas desde algo tan personal y subjetivo, posibilito que sea representativo para al menos los/as profesionales y técnicos respecto a los acontecimientos relevantes ante el autocuidado de salud mental laboral como medidas de autocuidado de salud mental debido al ejercicio profesional en los Centros de Rehabilitación de drogas y alcohol.

4.5.1 Guion de entrevista.

En primer lugar si bien se plantearon las preguntas que se presentaran a continuación para el levantamiento de información, variaron según el entrevistado/a y la comprensión que pudiese tener sobre estas. Cabe mencionar que si bien la información identifico las medidas de autocuidado de salud mental, estas fueron consultadas como estrategias, para ser amable en cuanto al léxico común que no todos/as pudiesen tener, haciendo alusión previamente que debían ser entendidas como la acción de autocuidado, que para esta investigación eran consideradas como las medidas de autocuidado de salud mental en el área organizacional, grupal e individual.

Por último, para llevar a cabo esta entrevista y poder cumplir con el objetivo principal: Analizar las percepciones sobre las medidas de autocuidado de salud mental laboral de los/as profesionales y técnicos de Centros de Rehabilitación de la Región Metropolitana, desde tres áreas psicosociales; individual, grupal y organizacional, fue necesario que los/as entrevistados/as proporcionen información de los siguientes tópicos:

A) Comprensión de conceptos relevantes sobre salud mental.

En éste tópico se espera que el/la entrevistado/a describa qué entiende por Salud Mental, Estrategias de Autocuidado de Salud Mental, Autocuidado de Salud Mental Laboral y Bienestar Psicológico, para identificar cuánta comprensión se tiene de dichos conceptos.

Lo que permitirá reconocer si dentro de su comprensión amplia de Salud Mental, el/la entrevistado/a incluye, o no, el punto de vista individual, de relaciones sociales y el ambiente laboral como posibilitador de la exposición cotidiana de situaciones que pueden afectar su salud mental y por ende su bienestar psicológico.

Pregunta 1: ¿Qué entiende usted por salud mental? Explíquelo

Pregunta 2: ¿Qué entiende usted por estrategias de autocuidado de salud mental? Explíquelo.

Pregunta 3: ¿Qué entiende usted por bienestar psicológico?

Pregunta 4: ¿Cómo entiende usted que se aplica el concepto de salud mental en el espacio laboral?

B) Medidas de auto cuidado de salud mental organizacional

Se espera en este tópico que la persona entrevistada explique si existen estrategias de autocuidado de salud mental en su espacio laboral, es decir, en el centro de rehabilitación, y de existir cual/es son. Para conseguirlo, las preguntas que se realizará son:

Pregunta 5: ¿Cuál cree usted que es la responsabilidad que le cabe a la organización en los temas de prevención respecto a la salud mental de sus trabajadores?

Pregunta 6: En el caso específico de usted que trabaja en el área de salud mental ¿Cómo ven la responsabilidad particular de sus empleadores? Comprendiendo que ustedes son profesionales de este rubro y por ende tienen o deberían tener en la organización autocuidado de salud mental para sus profesionales.

Pregunta 7: Me podría describir ¿Cuáles son las estrategias de autocuidado que a nivel organizacional se han desplegado para cuidar tu salud mental?

Pregunta 8. Si su respuesta fue no ¿Cuál crees tú que son las estrategias de autocuidado de salud mental que debiera ejecutar su institución?

C) Medidas de auto cuidado de salud mental grupal.

Se espera en este tópico que la persona entrevistada explique si existen estrategias de autocuidado de salud mental en su espacio laboral con sus pares considerando que son parte de sus relaciones sociales, y de existir cuales son. Para conseguirlo, las preguntas que se realizará son:

Pregunta 9. ¿Cuáles han sido las estrategias de autocuidado que han desarrollado en conjunto con sus compañeros de trabajo?

Pregunta 10. ¿Cuál es la valoración que le das respecto a la efectividad de realizar estrategias grupales de auto cuidado?

D) Medidas de autocuidado de salud mental individual.

Se espera en este tópico que la persona entrevistada explique si existen estrategias de autocuidado de salud mental en su espacio laboral y fuera de este espacio, pero individualmente y de existir cuales son. Para conseguirlo, las preguntas que se realizará son:

Pregunta 11. A propósito de que tú eres un profesional de salud mental ¿Cuál es la opinión que tienes respecto a la responsabilidad que te compete independiente de la responsabilidad que le compete a tu empleador, para cuidar tu salud mental?

Pregunta 12. Me podrías mencionar ¿cuáles son las estrategias concretas que realizas para tu autocuidado de salud mental?

Pregunta 13. De mencionadas estrategias ¿Cuáles desarrollas individualmente en el trabajo y fuera del trabajo, pero por responsabilidad tuya?

Pregunta 14. ¿Qué te ha resultado al realizar esas acciones, ha funcionado para ti?

Por último, antes de finalizar la entrevista se invita a el/la al entrevistado/a a realizar cualquier comentario, como argumentación o dudas de la entrevista y principalmente del tema de este proyecto.

Pregunta 15. Finalmente, después de todo lo platicado, ¿Existe alguna duda o comentario que desee realizar antes de finalizar la entrevista?

4.6 Técnicas para la interpretación de la información.

En este sentido, el análisis de la información se realizó a través de la utilización de análisis por categorías el cual se define como:

El procedimiento de ir distinguiendo, separando y priorizando elementos de los discursos [...] así, poder reconocer y diferenciar los tópicos y lugares comunes que aparecen en los dichos de los sujetos entrevistados. (Echeverría, 2005, p. 5-6).

Para lograr el análisis por categorías Echeverría (2005) indica que en el trabajo del texto de análisis, el cual se inicia en una primera instancia con la generación de unidades básicas, denominadas Citas, entendidas como:

Fragmentos del texto transcrito, que corresponde a una frase y que refieren a unidades de sentido que han sido elegidas y fragmentadas por el investigador (Echeverría, 2005, p.7).

Luego se creó un agrupamiento de dichas citas en Tópicos, los cuales comprenden:

Agrupaciones de citas, en tanto unidades o fragmentos de los textos, que tienen sentido o idea en común, pero con un nivel de globalidad y abstracción menor que

la categoría. (Echeverría, 2005, p.8).

Por último, al haber generado análisis de la información obtenida respecto a la agrupación de dichos tópicos se pudieron definir las Categorías, la cual se define como:

Las grandes agrupaciones conceptuales que en su conjunto dan cuenta del problema investigar, tal y como se lo define y acota en la investigación. (Echeverría, 2005, p. 8).

4.7 Consideraciones éticas:

En primer lugar, el Director General de la Organización Mundial de la Salud [OMS], el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció el 11 de marzo del presente año 2020, que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) ha sido considerada como pandemia, la cual se ha extendido por varios países (incluido Chile), y todo el mundo afectando a un gran número de personas. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

- Es por ello, que para prevención y por obligaciones legales sanitarias en nuestro país, Chile, las entrevistas fueron realizadas por videoconferencia vía Meet o presenciales de tener los resguardos sanitarios correspondientes.

Por otra parte, la aplicación de entrevista entrego diversos datos que implican la manipulación de información de las personas entrevistadas, siendo utilizados para esta investigación y su cumplimiento de objetivos.

- Pues, para garantizar la confidencialidad de los/as entrevistados/as debido a sus participaciones en este proyecto fueron nombrados según la profesión que ejercen, es decir, psicólogos/as, psiquiatras y técnicos en rehabilitación, así no develar su identidad.

- Además, se les envió vía correo electrónico un documento digital o en el caso de ser presencial se les entregó un documento físico de un consentimiento informado, el cual autoriza entregar la información y la grabación de la entrevista para uso de esta

investigación. (Folgueira, 2016).

- Ante la posibilidad de algún malestar, exposición o cualquier tipo de afección de los/as entrevistados/as, se estuvo preparada con alternativas de contención y apoyo, con la finalidad de mantener su estabilidad, pero no fue necesario en ningún caso.

CAPÍTULO V. ANALISIS Y RESULTADOS.

5.1. Producción y recopilación de los datos.

Se realizaron entrevistas a la muestra conformada por 8 entrevistados/as, trabajadores/as de tres Centros de Rehabilitación de la Región Metropolitana, con 6 meses a 2 años de experiencia laboral. Los cargos que ocupan en las instituciones que trabajan son: Psicólogos/as, Técnicos en rehabilitación y Psiquiatras.

Las entrevistas semi- estructuradas fueron concretadas según la disponibilidad de los/as entrevistados/as considerando además que durante este año 2020 existen restricciones sanitarias por el Virus Covid-19, es por ello que los escenarios escogidos fueron a través de la plataforma virtual Meet y en el caso de ser presencial debían tener las instituciones las medidas sanitarias correspondientes. Además el registro de información fue mediante grabaciones autorizadas por cada entrevistado/a, lo cual permitió obtener los datos necesarios para responder a los objetivos de esta investigación.

5.2. Plan de Análisis de la Información.

Debido a la Metodología seleccionada para este estudio de carácter cualitativo, como se indicó en el Marco Metodológico, el proceso que se aplicó para analizar los datos obtenidos de cada entrevista semi-estructurada fue el análisis por categoría. Es decir, se consideran las categorías preexistente definida por la investigadora, pero se consideran también aquellas emergidas desde el discurso de los/as entrevistados/as.

El procedimiento de análisis es el siguiente:

- Transcripción de entrevistas: Para la realización de transcripción se oirán las grabaciones de audios de cada entrevistado/a para escribir las opiniones de los/as entrevistados/as, respetando todas las palabras, expresiones y tiempos, es decir, las formas de manifestación completa de cada opinión. Las transcripciones

pueden ser vistas en el Anexo 1 de esta investigación.

- **Lectura naturalista:** Una vez finalizada las entrevistas, se genera una lectura continua de cada una de ellas, con la finalidad de situar las opiniones de cada uno/a de los/as entrevistados/as para iniciar el proceso de agrupación de los grandes temas emergidos.

- **Identificación de grandes temas:** a partir de la lectura naturalista se seleccionan y se separan las frases o párrafos por grandes temas, a fin de destacar el detalle de cada una de las opiniones de los/as entrevistados/as. Se incluyen las ideas o conceptos asociados a las categorías a priori.

- **Proceso de Agrupación de grandes temas:** se ordenan las citas de acuerdo a las temáticas en común. Esto permite la creación de las categorías emergentes de las entrevistas.

- **Construcción de Categorías:** se elaboran las diferentes categorías (tópicos) de acuerdo a los temas específicos que surgieron, agrupando los párrafos por temática y separándolos por subcategorías donde se ubicaron las citas correspondientes a cada categoría y subcategoría.

5.3. Resultados.

Tras la lectura profunda y selectividad de las entrevistas, se obtuvieron diversos datos de información con las citas que dan cuenta de la percepción que tienen los/as profesionales y técnicos de los tres Centros de Rehabilitación de la Región Metropolitana seleccionados para esta investigación, respecto a las medidas de autocuidado de su salud mental en el área organizacional, grupal e individual. Permitiendo para este estudio la construcción y el desglose de 5 grandes categorías, estas son:

- Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental: Esta categoría reúne las percepciones de los/as profesionales y técnicos en rehabilitación, respecto a la responsabilidad de autocuidado de salud mental que debe o debiese tener la organización,

sus empleadores, con sus compañeros de trabajos frente a sus relaciones grupales y por ultimo individualmente en el espacio laboral y fuera del espacio laboral.

- Estrategias de Autocuidado de Salud Mental: Esta categoría reúne las percepciones de los/as profesionales y técnicos en rehabilitación, respecto a las estrategias de autocuidado de salud mental que debe o debiese tener la organización, con sus compañeros de trabajos frente a sus relaciones grupales y por ultimo individualmente en el espacio laboral y fuera del espacio laboral.

- Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental: Esta categoría reúne las percepciones de los/as profesionales y técnicos en rehabilitación, respecto a la efectividad de las estrategias de autocuidado de salud mental en el área organizacional, área grupal frente a sus relaciones con sus pares y por último individual dentro del espacio laboral y fuera del espacio laboral. Comprendiendo que por efectividad se hace alusión a que cumple con los beneficios esperados para cada trabajador/a al generar o recibir según el área las medidas de autocuidado para su salud mental.

- Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental: Esta categoría reúne las percepciones de los/as profesionales y técnicos en rehabilitación, respecto a diversas sugerencias emergidas desde los entrevistados/as respecto al autocuidado de salud mental en el área organización, grupal frente a sus relaciones sociales con sus compañeros/as de trabajo y por último individual dentro del espacio laboral y fuera del espacio laboral.

Cabe mencionar que la estructura de lo que se presenta es similar debido a que las categorías son a priori, es decir, que son predeterminadas, se buscaban opiniones específicas en el plano organizacional, grupal e individual, explicando entonces porque las subcategorías se repiten. Solo existió una excepción respecto a la última categoría que fue emergente definida como sugerencias de autocuidado de salud mental.

5.4. Análisis de Categorías.

El análisis de los datos se estructuró basado en las categorías recogidas en las entrevistas (semi- estructurada) realizadas, con la finalidad de lograr identificar, relacionar y responder a los objetivos de esta investigación. A partir de ello, se generó el siguiente análisis general por categoría:

5.4.1 Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental.

En esta categoría se reúnen las percepciones respecto a las diversas responsabilidades de autocuidado de salud mental en el espacio laboral e individualmente fuera del espacio laboral, para ello se aplicó una pregunta directa con la finalidad de obtener respuestas concretas de los/as entrevistados/as.

Las subcategorías que surgieron desde esta gran categoría son las que se presentan a continuación.

5.4.1.1 Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental Organizacional.

Para esta subcategoría los/as entrevistados/as dieron a conocer la importancia de la responsabilidad de autocuidado de salud mental de sus organizaciones principalmente de tres aristas. La primera es la responsabilidad de las relaciones humanas. La entrevistada 3 se refiere a este tema de la siguiente manera:

“Yo creo que un porcentaje alto, yo creo que tiene que ver con el equilibrio que podamos hacer en términos de lo técnico y sobre todo desde las relaciones humanas, creo que es una responsabilidad mayor.”

El entrevistado 7 se refiere de la siguiente manera:

“yo creo que primero que exista una buena organización dentro de la organización cierto, valga la redundancia, una buena comunicación creo que funciona en muchos temas y soluciona muchos conflictos, que la comunicación no sea descendente si no

ascendente y a nivel transversal cierto, que el tipo de liderazgo [...] que se espera en la comunidad, sea lo más armónica posible con los terapeutas y los técnicos.”

La segunda arista que surge es la responsabilidad de la organización frente a la estructura física, de los espacios que habitan. La entrevistada 3 lo formula concretamente de la siguiente manera:

“Los temas del espacio son temas que... Son responsabilidades de la organización”.

El entrevistado 1 lo formula de la siguiente manera:

“La institución debería favorecer o facilitar los espacios, si bien uno puede tener su autocuidado personal en su espacio X, pero la institución debería tener ese valor moral, ético arraigado en su visión y en su mirada.”

Una tercera arista denota la responsabilidad respecto a la delegación de labores de sus trabajadores/as frente a la sobrecarga laboral. Respecto a este tema el entrevistado 2 lo manifiesta de la siguiente manera.

“La responsabilidad de la organización es doble yo creo, porque es una organización que está a cargo de la salud mental de otros, [...] por lo tanto tiene que ser doble, porque implica horas de trabajadores que trabajan en la salud mental valga la redundancia y que pueden estar sometidos y no deben estar sometidos a condiciones que puedan alterar su salud mental.”

La entrevistada 2 lo manifiesta de la siguiente manera:

“La organización de un espacio destinado al autocuidado de los trabajadores, que no sean solamente para ver el funcionamiento material del establecimientos sino también para profundizar en aquellos casos que generan a ti una carga emocional mayor [...] todo lo que favorezca al en general al personal, los técnicos, los profesionales y vele por la salud mental de sus trabajadores.”

Para comprender la responsabilidad de la organización podríamos desde los discursos de los/as entrevistados/as que manifestaron en sus relatos, se dirigen a una perspectiva de abordaje del autocuidado de salud mental para la promoción, lo cual debiese realizar cada institución donde trabajan. Siendo concordante con la definición global de promoción que el comité Mixto de la Organización Internacional del trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican respecto a protegerlos en su lugar de trabajo frente a los riesgos que pudiesen perjudicar su salud, siendo un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas, en este caso el resguardo de las relaciones humanas, la responsabilidad en la estructura física desde los espacios donde se relacionan y la delegación de labores en el trabajo frente a la sobrecarga laboral y así adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad. (Organización Internacional de Trabajo, 2003).

5.4.1.2 Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental de los Empleadores.

Para esta subcategoría los/as entrevistados/as dieron a conocer la importancia de la responsabilidad de autocuidado de salud mental de sus empleadores/as principalmente como encargados/as de promover las instancias que la organización debiese proveer sobre los temas de promoción, para ello comentan la importancia del vínculo de confianza con sus empleadores/as para denotar las diversas situaciones que pudiesen afectar su salud mental desde el ejercicio laboral que realiza cada trabajador/a. El entrevistado 8 se refiere a este tema de la siguiente manera:

“Me parece que la responsabilidad la tienen ellos principalmente de garantizar las instancias, como para poder desarrollar estos temas de salud mental.

La entrevistada 6 considera que:

“En este caso el director, cual es la responsabilidad de él, sabes que, yo creo que su responsabilidad puntualmente que hayan o nos entregue tales cosas, es que él nos escuche, eso es fundamental, porque al final si él tiene buena comunicación con nosotros, nosotros podemos tener la confianza de decir, sabes que pasa esto, sabes que yo no puedo atender a esta cantidad de paciente, eso la comunicación con el director en este caso.”

Es decir, que la responsabilidad de los/as empleadores/as identificada en los/as entrevistados/as, repercute directamente según Andrade y Gómez (2008) (Como cito Gómez y Calderón, 2017), como el límite de posibles conflictos entre la salud mental de los/as trabajadores/as y las condiciones de trabajo, ya que al permitir factores de riesgos debido a la carencia de medidas de autocuidado de salud mental o poder favorecer instancias de autocuidado laboral, considerada como promoción, implica directamente en la salud mental de los/as profesionales y técnicos en rehabilitación, denotándolo en sus discursos sobre la importancia de la comunicación y confianza a través de la relación con sus empleadores/as, ya que son ellos/as quienes posibilitan el control y la intervención sobre las condiciones de trabajo.

5.4.1.3 Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental Grupal.

Para esta subcategoría los/as entrevistados/as dieron a conocer la responsabilidad de autocuidado de salud mental en el área psicosocial grupal, es decir las relaciones sociales con sus compañeros/as de trabajo, respecto a la importancia de la comunicación, ya que en este caso estos términos reiterativos anteriormente en el caso de la responsabilidad de sus empleadores/as, surge como una posibilidad de prevención frente a las diversas situaciones que emerjan en el espacio laboral. Por otra parte, existe un caso atípico que indica que el grupo de trabajo puede posibilitar no solo beneficios, sino además un factor de riesgo en su salud mental. El entrevistado 8 se refiere al tema de comunicación

y confianza de la siguiente manera:

“Bueno hay ciertos aspectos, que siempre que se trabaja en grupo hay que tratar de mantener funcionando [...] comunicación asertiva digamos y es fundamental tener ese concepto en la mesa digamos, porque una buena comunicación evita muchos temas que puedan desencadenar complicaciones mentales [...] entonces fundamentalmente fomentar el dialogo dentro de los grupos de trabajo, me parece que si no se hace es tremendamente peligroso digamos.”

La entrevistada 6 lo manifiesta como:

“Eso es fundamental, yo con ellos estoy todos los días, o sea mientras allá comunicación, organización, adecuada con ellos la salud mental de nosotros está protegida.”

Y respecto al caso atípico, el entrevistado 7 se refiere a este tema de la siguiente manera:

“Súper importante el punto que tocaste porque en el fondo el burnout uno se puede quemar con los mismos pares, entonces es muy bueno trabajar la comunicación, en cuanto ocurra algún hito importante, algún conflicto entre compañeros, hacerlo saber automáticamente cierto, para no seguir quemándose de alguna manera y no seguir con el pensamiento.”

Es decir, que la posibilidad de tener una comunicación optima entre sus pares y poder dar a conocer las diversas vivencias y sentires en el espacio laboral, permite una protección entendida según Oltra (2003) como una estrategia de red de apoyo protectora en el equipo de trabajo, pudiendo deducir, que la contención entre ellos/as mismos/as permite una oportunidad de visualizar los malestares y síntomas de agotamiento al poder generar vaciamiento de la carga de trabajo cotidiano.

5.4.1.4 Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental Individual.

Para esta subcategoría los/as entrevistados/as dieron a conocer la importancia de la responsabilidad de autocuidado de salud mental individual, comprendida como una responsabilidad personal de consciencia consigo mismos/as frente al reconocimiento e identificación de las sensaciones y emociones que el cuerpo y mente manifiestan, y desde ahí, poder velar por las necesidades que cada uno/a tenga, indicando además, que es la experiencia la que posibilita identificar las necesidades de autocuidado de salud mental que cada uno/a manifieste.

En entrevistado 1 lo manifiesta de la siguiente manera: “Si no me cuido yo, me quemó como se dice me da burnout después, o no me importarían las problemáticas y comenzaría a ser un muro nada más, entonces eso ya se ha visto, ya se ha estudiado de los daños de los profesionales de la salud sobre todo y de cómo se van quemando y tiene gran importancia, entonces uno mi persona yo también quiero estar bien y la otra es por entregar un trabajo profesional.”

El entrevistado 2 lo denota como: “un porcentaje importante el autocuidado personal [...] porque uno como profesional pone los límites, uno como profesional sabe hasta cuándo y hasta cuánto puede involucrarse en los procesos que tienes en terapias con los usuarios, yo creo que uno de los grandes porcentajes depende de la persona, de la experiencia y también del estilo de vida que lleve.”

La entrevistada 3 lo manifiesta de la siguiente manera: “Cien por ciento, porque nuestro trabajo es muy estresante, trabajamos con personas con problemas, no menores, entonces tenemos que saber ocupar estrategias de autocuidado, tenemos que [...] sentirnos bien y si no lo estamos tenemos que escucharnos, primero que todo, es súper importante escucharnos y no ser tan mecanizados, en el rendimiento técnico.”

La entrevistada 5 lo manifiesta de la siguiente manera: “Yo creo que mi responsabilidad ha sido tratar de, por mi cuenta, tener un espacio de autocuidado [...]

comunicar y tener un espacio de autocuidado y en el caso de la institución es una vez al mes.”

La entrevistada 6 indica que:

“Yo bueno en este caso consciencia, identificar antes a tiempo, cuando estoy mal.”

El entrevistado 8 lo menciona de la siguiente manera:

“Como te decía al principio yo creo que la caridad comienza por casa, es fundamental uno procurar, estar bien, como te decía también, hacerle caso a lo que avisa el cuerpo y la mente cachai, entonces a mí me parece que si uno se descuida o trata de centrarse en el trabajo y empezar a dejar de lado otros temas personales a la larga pasa la cuenta, entonces si bien es complicado por temas de tiempo, y acotándolo y viendo lo más básico, el no pasar por alto las señales que aparecen por ejemplo de estrés, de fatiga laboral, de un montón de temas que pueden surgir sobre el asunto.”

Si bien los/as entrevistados/as no mencionan específicamente el término de vulnerabilidad implícitamente en sus discursos se puede deducir según Oltra (2013) que asumen ser vulnerables como seres humanos al identificar e identificarse en situaciones de riesgo que vulneran no solo la dimensión biológica y psicológica, sino además la dimensión social desde la historicidad relacional con otros. Todos los sentimientos que afloran al ser testigos del dolor, el sufrimiento, la muerte, la impotencia y la desesperanza, son manifestaciones de nuestra vulnerabilidad, y que entonces, en su labor de servicios de salud mental, permitirse esta instancia de reconocer la condición de vulnerabilidad, tal cual ellos/as lo manifiestan, así, accionar estrategias de auto cuidado de salud mental individual y prevalecer las medidas que les permitan ser conscientes de sí mismos/as para su ejercicio profesional y bienestar de salud mental.

5.4.2 Estrategias de Autocuidado de Salud Mental.

Esta segunda categoría se reúnen las percepciones respecto a las diversas estrategias de autocuidado de salud mental, donde las preguntas aplicadas fueron directas con la finalidad de obtener respuestas concretas de los/as entrevistados/as.

Las subcategorías que surgieron desde esta gran categoría son las que se presentan a continuación.

5.4.2.1 Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Organizacional.

Para esta subcategoría los/as entrevistados/as dieron a conocer las estrategias concretas de autocuidado de salud mental organizacional denotando dos versiones, la primera hace referencia a las estrategias de autocuidado que se realizan en algunas instituciones y la segunda a la carencia de estrategias de autocuidado. Respecto a las estrategias concretas que se realizan en algunas instituciones, la manifestación más global surge del entrevistado 7 quien indica las siguientes actividades:

“Espacios deportivos, donde participamos todos y eso si se hace cierto, eeh hacemos convocatorias con los mismos usuarios cierto, jornadas de cohesión grupal, cohesión social, cierto comprendiendo que hay una comunidad, eeh muchas veces hacemos asados [...] en el fondo todo lo que involucre al grupo humano, tantos los terapeutas como los mismos usuarios, principalmente eso es lo que se hace.”

“La entrevistada 6 indica que: “Aquí se entrega una jornada de autocuidado que es con deporte, vamos a jugar con los usuarios de hecho que están acá, eso se hace semana por medio, a veces se hace un asado también, eso es como la parte de autocuidado que entrega el centro.”

Respecto a las estrategias de autocuidado carentes en algunas instituciones el entrevistado 1 si bien inicia con una apreciación particular de su institución, engloba representativamente la falta de estrategias y lo manifiesta de la siguiente manera:

“Yo podría decir que es bastante carente, por lo menos en el espacio donde yo trabajo [...] creo que han habido más bien instancias de saludo a la bandera desde la institución a tener una salud mental adecuada como equipo, yo personalmente lo banco, me lo banco solo, como dicen los argentinos, yo tomo mis precauciones, yo tomo mis medidas, porque la institución no tiene arraigado eso, no tiene ese valor ético sobre sus trabajadores y trabajadoras para generar instancias de salud mental.”

Existió el caso atípico del entrevistado 8, que desconocía si existían o no estrategias de autocuidado de salud mental.

“Bueno en el caso de donde estoy trabajando ahora, como tú sabes, estoy yendo, jornadas acotadas principalmente, entonces no he participado en instancias de salud mental digamos para trabajadores, y la verdad tampoco sé si existen, porque como te decía [...] no estoy participando de todas las actividades del centro.”

Es decir, frente a los elementos mencionados por los/as entrevistados/as como estrategias de autocuidado de salud mental o carencias de estrategias de autocuidado, se puede deducir en primer lugar que los contrastes de discursos de quien tiene y no promoción laboral a través de las estrategias de autocuidado de salud mental, y si bien, según Parra (2001) la responsabilidad no recae totalmente en los empleadores, existe un conflicto ético cuando la responsabilidad no es compartida, ya que para este tipo de instituciones y estos/as profesionales y técnicos en rehabilitación, cuando denotan la necesidad de estrategias frente a la carencia que manifiestan, informan en sus discursos de manera implícita el desgaste y vulneración en sus espacios laborales.

Por otra parte, respecto a las estrategias concretas de autocuidado de salud mental emergidas estas son; el deporte, reuniones sociales y laborales como equipo de trabajo, pero en conjunto a los usuarios de la comunidad.

5.4.2.2 Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Grupal.

Para esta subcategoría los/as entrevistados/as dieron a conocer las estrategias concretas de autocuidado de salud mental grupal, desde la percepción personal que cada uno/a considera como estrategia grupales de autocuidado de salud mental con sus pares, incluso siendo de la misma institución, para ello se darán a conocer particularmente en este caso las diversas apreciaciones.

El entrevistado 7 denota las reuniones clínicas como instancias de autocuidado de salud mental.

“Bueno con los chicos tenemos [...] instancias de reuniones clínicas, donde además de hablar de cada muchacho en particular [...] hablábamos también un poco de como estábamos nosotros, esa fue la instancias completa que te podría mencionar.”

La entrevistada 3 considera la confianza con algunos/as de sus pares, como un momento de disminuir el estrés.

“Conversar por ejemplo de nuestras cosas eeh en mi lugar de trabajo existe esa confianza para poder conversar de nuestras cosas personales, quizás no con todo el grupo, pero ir haciendo esa horizontalidad, en términos de poder ir soltando un poco el estrés.”

La entrevistada 3 menciona a sus pares como apoyo emocional cuando se ven dificultados frente a su labor.

“Nos apoyamos si hay terapias grupales que no podemos cubrir por temas emocionales o por estrés, la cubre el otro.”

El entrevistado 1, denota la carencia en su espacio laboral y afirma la importancia de identificar antes de cualquier implementación las necesidades del equipo de trabajo. “Yo podría hablarte de millones de estrategias, pero primero hay que hacer un levantamiento de información desde las necesidad y eso como base no se ha hecho.”

Según las percepciones mencionadas por los/as entrevistados/as concuerda directamente según lo mencionado por Fisher (2007) sobre la realidad individual, cuando se sienten o identifican ciertos malestares, posibilitando en este caso, diversas estrategias junto al equipo de trabajo. Además existe un hallazgo respecto a que no existen estrategias definidas grupales para que estas sean comunicadas al equipo o definidas entre ellos mismos/as frente a las posibles situaciones de vulnerabilidad, más bien, son estrategias que ellos/as formulan cuando las vivencias laborales de cada uno/a lo amerita en los espacios que estiman son convenientes y esto se visualiza, ya que a pesar de ser de las mismas instituciones algunos/as, son distintas las estrategias que mencionan. De hecho, por ser respuestas concretas, esto es todo lo que cada uno/a menciona sobre estrategias con sus pares. Es decir que las reacciones son individuales frente a acontecimientos estresantes y dependiendo de su nivel de vulnerabilidad y sus habilidades de afrontamiento como recursos emergerán en sus diversas dinámicas laborales las acciones de autocuidado que no son medidas de autocuidado de salud mental establecidas a nivel grupal o como equipo de trabajo. (Fisher, 2007).

5.4.2.3 Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Individual.

Para esta subcategoría los/as entrevistados/as dieron a conocer las estrategias concretas de autocuidado de salud mental que ejercen individualmente, generando una apertura a las estrategias individuales dentro del espacio laboral y las estrategias que realizan fuera del espacio laboral. Para denotar las diversas estrategias a través del discurso de los entrevistados/as, se darán a conocer las estrategias en un discurso representativo para algunos/as y los discursos que mencionen atípicamente algunas estrategias particulares.

El entrevistado 1 desde su discurso es uno de los/as participes representativos para algunos/as entrevistados/as, quien indica que fuera del espacio laboral utiliza su red de apoyo, de relaciones sociales, para poder distenderse con algunas amistades y con otras dar a conocer todo sentir emocional, el cual incluye el ámbito laboral, además de generar actividades de deporte, fotografía y lectura.

“Tengo amigos y amigas con quienes de alguna u otra forma, así como también me

llaman para contarme cosas, yo también los llamo para contarles [...] así vómito, también me dedico al arte saco fotografías, estudio otras temáticas, hago deporte, disfruto, festejo con amigos y amigas [...] intento de no llevar el trabajo a una fiesta o a conversar con amigos, pero si me doy la instancia con amigas, sobre todo con una amiga en particular donde ella me escucha, me escucha, me escucha y yo me desahogo como se dice en la jerga popular”.

En cambio, dentro del espacio laboral utiliza los espacios y su rol flexivamente asimétrico como trabajador, para generar límites como estrategia de autocuidado de salud mental.

“Limito los espacios, tengo mis espacios que es mi oficina en ese sentido cuando entra un usuario o paciente se encuadra automáticamente este es mi setting y ahí tengo un espacio, entonces desde ahí hay una asimétrica, entonces yo mantengo el poder, yo mantengo la regularidad, entiendo que eso cansa, pero eso es un rato y no es todo el día [...]”

El entrevistado 2 fuera del espacio laboral genera estrategias a través del descanso en sus tardes libres y sus ideales espirituales, como fortaleza y contención. Esta última estrategia es una atípica a los distintos discursos de los/as entrevistados/as.

“Yo primero tengo tardes libres, es decir, donde yo no trabajo, [...] tener una o dos tardes libres de la semana y me apoyo también arto en la parte espiritual, porque soy creyente y participé activamente en una iglesia, entonces me apoyo arto en Dios, en su palabra y todos los recursos espirituales que eso significa, eeh como para renovar las fuerzas, estar bien conmigo mismo, con los demás, con el perdón y eso”.

Dentro del espacio laboral considera las reuniones clínicas como estrategia de autocuidado de salud mental laboral, lo cual es una estrategia representativa para algunos/as entrevistados/as.

“la reunión clínica es un descanso para el profesional, porque puede apoyarse en otro profesional, de otra área, que por ejemplo sea interdisciplinario, de otra

disciplina que puede ser muy necesario, tanto para el paciente como para uno.”

La entrevistada 6 incorpora como estrategia representativa para algunos/as entrevistados/as de autocuidado de salud mental fuera del espacio laboral, la meditación.

“meditación, deporte, comunicación y puede ser también la comunicación no solo en el plano laboral, sino también dentro de mi círculos sociales, buscar apoyo dentro de mis redes.”

Por último el entrevistado 3 denota una estrategia particular y atípica fuera del espacio laboral, la cual cumple con la finalidad de racionalizar y dar un giro a alguna situación o sentir que lo pudo haber afectado, y desde ahí disminuir el malestar.

“Mira las que te mencione, fuera del espacio laboral podríamos decir la primera que es racionalizar los problemas, porque uno termina la pega y cuando estas llegando a tu casa o camino a tu casa comienzas a cuestionarte cosas, donde te sentí un poco mal o hay situaciones que te pueden chocar, entonces al racionalizarlas bajan automáticamente los niveles de ansiedad por ejemplo, porque los veí desde otro foco, sacai un poco la parte emocional [...]”

Efectivamente desde las variadas manifestaciones de los/las entrevistados/as, en su única y particular forma de generar estrategias de autocuidado de salud mental, fuera y dentro del espacio laboral, como indica Bravo & Serrano (1997) (como cito Gómez, 2006) emergen en sus discursos las distintas visiones holísticas como seres humanos, sus ideología, valores, creencias, cultura, entre otras. Que posibilitan según la perspectiva biopsicosocial una prevención, ya que generar una activación de autorresponsabilidad respecto a su salud particular. Además cabe decir, que estos hallazgos existen con o sin promoción en algunos casos en sus espacios laborales.

5.4.3 Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental en el trabajo.

Comprendiendo que por efectividad se hace alusión a que cumple con los beneficios esperados para cada trabajador/a al generar o recibir según el área las medidas de

autocuidado para su salud mental. En esta categoría se reúnen las percepciones respecto a la efectividad de realizar estrategias de autocuidado de salud mental en el trabajo y fuera de este espacio, manifestando en primer lugar los/as entrevistados, ya sea en el área organización, grupal o individual que es completamente efectiva, pero además se genera una apertura reflexiva de quienes no tienen estrategias de autocuidado, pero que aun así de existir en alguna oportunidad en sus instituciones las considerarían efectivas. Por otra parte surgen algunos comentarios atípicos relevantes para esta investigación. Las subcategorías emergidas son las siguientes:

5.4.3.1 Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Organizacional.

Para esta subcategoría debido al no existir una pregunta concreta al respecto, solo un entrevistado se refirió a la efectividad de las estrategias y su discurso es desde un plano de conocimiento comentado por sus pares, pero no vivenciado personalmente.

El entrevistado 2 lo plantea de la siguiente manera:

“Cumplía la función de distenderse, sino también afianzar los lazos, compañerismo en el equipo y también poder hacer un feedback al equipo acerca del funcionamiento y valorando lo positivo del equipo, era como la terapia del equipo, como lo que a mí me comentaron, que era muy bonito de poder hacerlo, como también reforzando y teniendo feedback positivos en cada trabajador y también unido a la parte espiritual, que también es importante.”

La complejidad de este relato es que denota la experiencia de un equipo de trabajo que según García et al. (2000) (Como cito Gómez, 2006) potencian los factores beneficiosos debido a las óptimas condiciones de trabajo, ya que las estrategias que menciona el entrevistado indican que son como, “la terapia del equipo”, pero cabe mencionar que no desde su propia vivencia.

Por otra parte, al identificar estrategias de autocuidado concretas en el área organizacional (pág. 30 y 31), la mayoría de los/as entrevistados denoto carecer o no ser

suficientes estas estrategias, por ende un discurso atípico, limita la credibilidad de que las estrategias de autocuidado puedan ser las que los/as profesionales y técnicos en rehabilitación necesitan. Siendo preocupante, que frente a esta información ningún/a profesional y/o técnico en rehabilitación que tenga medidas de autocuidado de salud mental que proveen sus organizaciones, no puedan dar a conocer en sus discursos los beneficios concretos y efectivos al ejercer sus labores en el trabajo, ya que indican no ser suficientes y que quienes no las poseen indican necesitarlas.

5.4.3.2 Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Grupal.

Para esta subcategoría los/as entrevistados/as dieron a conocer las opiniones respecto a las estrategias de autocuidado a nivel grupal que emplean con sus pares. Donde surgen diversas aristas frente a una misma opinión, en primer lugar denotan que son efectivas, pero para otros/as entrevistados las consideran efectivas, aunque no las empleen en su trabajo.

La entrevistada 3 manifiesta una efectividad desde estrategias efectuadas en su trabajo.

“Eso permite que la efectividad sea mayor y así da más deseo de trabajar en un porcentaje amplio.”

Las entrevistadas 4 y 5 lo manifiestan brevemente de la siguiente manera, respectivamente:

“Si por supuesto.”

“Yo creo que sí.”

La entrevistada 6 lo indica de la siguiente manera:

“O sea máxima efectividad, si ha funcionado muy bien.”

El entrevistado 8 indica que:

“Yo creo que es efectivo sin duda, porque pienso que el simple hecho de plantear ciertos temas y discutirlos, ya tiene un componente terapéutico digamos importante del hecho de situar temas y abordarlo, más allá de una actividad como tal, no sé si me explico, el hecho de ponerlo en el presente, entonces, si a mí me parece que es fundamental ese aspecto particular.”

El entrevistado 7 genera una opinión respecto de la efectividad, pero si existiesen en su trabajo.

“Muy positiva, en caso de hacerse, muy positiva porque en el fondo se estaría hablando todo inmediatamente cierto, no entraríamos en formas de desgaste emocional de irritabilidad, de un estrés producto de una situación que no se habla y quedan ahí y se pasa por alto.”

El entrevistado 1 lo manifiesta desde una perspectiva más amplia indicando la necesidad de identificar primeramente.

“Sin duda que podría haber una efectividad, sin duda, yo creo que, vuelvo a lo mismo eso lo va a dictar el levantamiento de información.”

Es decir, que realizar las estrategias de auto cuidado de salud mental grupal como apoyarse entre pares a través del habla, la escucha como contención, entre otros (como se mencionó en la pág. 71 y 72), permite variados resultados beneficiosos y efectivos al realizarse, según Tulia, María Uribe, (2003) (como cito Fisher, 2007) ya que, involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas permite poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables, según los discursos de los/as entrevistados/as y que como manifiesta la entrevistada 3

promueven “un mayor porcentaje de ganas de trabajar”.

Y en el segundo caso, desde los discursos de los entrevistados 1 y 7, de realizarse estrategias de autocuidado de salud mental, podrían posibilitar dichos beneficios efectivos. Cabe mencionar además que se podría hipotetizar que los/as profesionales y técnicos en rehabilitación en cuanto a sus dinámicas grupales con carencia de medidas de autocuidado de salud mental grupal, podrían estar bajo de factores de riesgo para el equipo de trabajo, ya que no existe promoción y por ende no existe prevención. Sería relevante que las organizaciones y sus empleadores quienes pueden permitir espacios de sociabilización entre pares para ejercer medidas de autocuidado de salud mental, aumenten la sensibilización, así generar un grado de control y compromiso mutuo sobre la propia salud de las personas que ofrecen los servicios de salud y quienes lo reciben. (Fisher, 2007).

5.4.3.3 Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Individual.

Para esta subcategoría los/as entrevistados/as dieron a conocer las opiniones respecto a la efectividad que pudiesen tener las estrategias de autocuidado de salud mental en el área individual, cabe destacar que estas son fuera y dentro del espacio laboral.

El entrevistado 1 comenta que le ha sido efectiva el manejo de los espacios dentro del área laboral.

“Si, bastante, bastante, no tengo nada que decir con el tema de los espacios y desde ahí lo he bajado y claro me ha traído beneficios, porque sé que es complicado estar con vínculos tan directo con personas que ya después de trabajar durante mucho tiempo, comienzan a haber roses sociales, o relaciones muy simpáticas o también todo lo contrario, personas con las que exista transferencias, entonces sin duda que me ha servido.”

Psicóloga 1.

“Si han funcionado, por supuesto en algún momento me he visto muy estresada, sobre todo en situaciones muy difíciles, yo he tenido que trabajar la tolerancia a la

frustración también, como medida de autocuidado. Como cuando un paciente quiere abandonar o quiere recaer y he tenido que trabajar eso y sí, me ha resultado, puedo seguir trabajando en esa área digamos.”

La entrevistada 4 comenta que sus estrategias individuales no han sido tan efectivas y que podrían ser más.

“Efectivas, no tanto, sería pero si no tuviera mis estrategias, pero de que sean efectivas, efectivas, estas podrían ser más.”

El entrevistado 8 lo manifiesta de la siguiente manera:

“Si, la verdad que creo que sí, sobre todo el intentar racionalizar las circunstancias, darle otra vuelta, verlos desde afuera los problemas, en lo personal hacer ese ejercicio, me bajan automáticamente los niveles de rabia por ejemplo si hay un problema que apunta a ese lado, siento que bajan los índices de malestares rápidamente, bueno y el ejercicio el caminar, el salir con el perro un poco en las noches, me siento como un poco más entero.”

Se podría hipotetizar según Fisher (2007) que las estrategias seleccionadas en cada profesional y técnico en rehabilitación, son claves para amortiguar los factores de riesgo que pudiesen aparecer en sus jornadas laborales, es por ello que la capacidad individual de auto conocerse desde lo que se siente y que se hace como estrategias de autocuidado de salud mental, frente a diversas dinámicas laborales, son un factor de protección implícito, que genera beneficios efectivos individualmente, siendo una variable adicional para esta investigación, ya que dichas estrategias mencionadas por los/as entrevistados/as, como lo son las actividades fuera y dentro del espacio laboral, como el ejercicio, pasear a su mascota, compartir con amistades, conversar con sus pares, tener su propia oficina en el trabajo, la meditación, etc. (como se mencionó en la pág. 72, 73 y 74). Son medidas preventivas frente a la posibilidad de que alguna problemática de carácter psicosocial afecte a algún trabajador/a.

5.4.4 Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental.

En esta categoría se reúnen las percepciones respecto a variadas opiniones que fueron surgiendo a lo largo de las entrevistas, desde necesidades de los/as entrevistados/as en sus instituciones de trabajo, reflexiones sobre el tema de esta investigación y reflexiones desde la experiencia del quehacer laboral, en las tres áreas que buscan responder a los objetivos de esta investigación; organizacional, grupal e individual.

Es por ello, que las subcategorías que surgen son las siguientes:

5.4.4.1 Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental Organizacional.

Como se menciona en la descripción de la gran categoría de sugerencias de autocuidado de salud mental, para esta subcategoría fueron cuatro entrevistadas/os que manifestaron lo siguiente; El entrevistado 1 comenta las siguientes posibles estrategias de autocuidado de salud mental, que la institución pudiese incorporar para su equipo de trabajadores/as.

“Bueno hay un entramado de estrategias de autocuidado que la institución debiera optar [...] te podría nombrar algunas como, tener momentos de descanso, tener pausas saludables, comer saludable, valga la redundancia, momentos de soledad, espacio de soledad donde puedas estar tú con tu persona y nada más, momentos de discusión, momentos de risas [...] tener horarios laborales adecuados con la cantidad de pacientes, adecuados para un psicólogo o un técnico o para el personal y no sobre cargarlo y tener la noción del día donde se generen instancias y favorecer al personal de trabajo de salud mental.”

La entrevistada 5 genera una reflexión, respecto a la necesidad de compartir con mayor constancia sus malestares psicológicos.

“Podrían ser en las que se juntaran los psicólogos y las operadoras, pero destinadas semanalmente y ver los casos complejos y de mayor avance o retrocesos, las que quieran abandonar, eeh tantas cosas que se pueden hablar, que se pueden

compartir y que se puede originar estrategias más efectiva para ver ciertos casos y que eso ayude al compartir con otras personas y eso mismo para mi me ayudaría emocionalmente, en la expresión psicológica de lo que te pasa emocional.”

La 6 entrevistada genera una opinión desde la necesidad de un mejor espacio físico para su quehacer profesional, y lo manifiesta de la siguiente manera.

“Aquí falta solo una estrategia y creo que tiene que ver con el establecimiento, con el lugar físico que es el tema de los espacios o sea que podamos atender tranquilamente, solo eso.”

Por último el entrevistado 7, genera una opinión reflexiva y constructiva, respecto a la importancia de que las medidas de autocuidado de salud mental debiesen ser ejecutadas distendidas de los usuarios, y aporta una estrategia de auto cuidado como lo son las pausas activas para poder generar instancias de promoción para el bienestar del equipo de trabajo, manifestándolo de la siguiente manera.

“Externas a la propia, o sea que no se desarrollan acá y que no involucren a los propios usuarios, porque así mezclamos todo, entonces sería muy bueno espacios de autocuidado eeh y además sumaria pausas activas, creo que las pausas activas vendrían de muy buena manera acompañado de la prevención y el bienestar de nosotros, dentro del día a día y con lo que desarrollamos cada uno.”

En el marco teórico de esta investigación, en el concepto de factores de riesgo, se citó el cuadro de Barlow (2000) (Como cito Gómez y Calderón, 2017), el cual presenta unas fuentes de estrés laboral que exponen a las personas a exigencias cotidianas que pueden afectar la salud mental y su bienestar. Tomando en cuenta las exigencias cotidianas mencionadas por las entrevistas 1, 5 y 6 y que representa diversas situaciones que pudiesen afectar el bienestar psicológico de los/as trabajadores de estas tres instituciones debido a la carencia de medidas de autocuidado de salud mental y la carencia de espacios estructurales, podríamos deducir que las sugerencias de las entrevistadas 5 y 6 denotan factores de riesgos a los que están expuestas desde su cotidiano y en el caso del

entrevistado 1 diversas sugerencias para contrarrestar, tales como:

- Momentos de descanso.
- Tener pausas saludables.
- Comer saludable.
- Momentos de soledad, espacio de soledad donde puedas estar tú con tu persona y nada más.
- Momentos de discusión.
- Momentos de risas.
- Tener horarios laborales adecuados con la cantidad de pacientes, adecuados para un psicólogo o un técnico o para el personal y no sobre cargarlo.
- Tener la noción del día donde se generen instancias y favorecer al personal de trabajo de salud mental.

Las cuales, como estrategias de autocuidado de salud mental pudiesen ser medidas de autocuidado concretas y quizás permitir beneficios efectivos frente a estas mismas situaciones cotidianas de riesgo para la salud mental de algunos de estos equipos de trabajo.

Por otra parte, es considerado un caso atípico la sugerencia del entrevistado 7, ya que ha posibilitado visibilizar uno de los hallazgos más relevante de esta investigación, porque durante todas las entrevistas, se denotaron como medidas concretas de autocuidado de salud mental las diversas actividades en conjunto con los/as pacientes y las reuniones clínicas, que en su mayoría fueron consideradas como el espacio de autocuidado de salud mental de los/as profesionales y técnicos en rehabilitación, pero que dichas reuniones clínicas o administrativas, las cuales no pueden ser consideradas medidas de autocuidado de salud mental, ya que las actividades con pacientes no permiten distenderse del ejercicio profesional y las reuniones clínicas son exclusivamente para dar a conocer las problemáticas, avances, sugerencias, entre otras perspectivas, de los usuarios de cada institución, pero no de sus profesionales, y si bien, al final de cada reunión pudiesen dar a conocer sus malestares o diversas situaciones en el cotidiano laboral que los pudiese estar afectando en su bienestar de salud mental, las instancias de autocuidado

del equipo de trabajo, debiese ser en una instancia exclusivamente para cada trabajador/a. Es por ello, que se puede dilucidar el porqué de la carencia o necesidad de mayores estrategias de autocuidado de salud mental.

No existe una claridad en el equipo de trabajo, de que el autocuidado de salud mental debe ser en espacios exclusivos para ello/as y solo con ellos/as.

5.4.4.2 Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental Grupal.

Respecto a esta subcategoría, emergió solo en el entrevistado 7 una sugerencia para el equipo de trabajo, comprendida como el nivel grupal en el que se relaciona, destacando en su discurso las reuniones clínicas como la instancia que no poseen, pero que le gustaría como estrategia de autocuidado para él y sus pares, manifestándolo de la siguiente manera:

“Yo creo, bueno todos los viernes tenemos las reuniones clínicas, pero ahí solo hablamos los casos, pero no hablamos de nosotros, me gustaría que exista ese espacio en hablar más de lo persona, siento que comunicar lo que a uno le está afectando cierto, o ocurrió un hecho en una sesión grupal, sabes que no me gusto como lo abordaste eeeh no se en alguna narración de algún usuario.”

Según lo planteado por Salanova y Schaufeli (2004), se podría decir que los/as empleados como el capital humano, el corazón de cada empresa, se debe velar por ellos/as todo lo posible, para que estos no se quemen y bajo esta premisa, en el discurso del entrevistado 7 emerge una necesidad que denota la invisibilización de lo que ocurre a los/as profesionales y técnicos en rehabilitación, surgiendo además, nuevamente, el hallazgo de la subcategoría de sugerencias de autocuidado de salud mental a nivel organizacional, producida por este mismo entrevistado, quien sugiere generar espacios de autocuidado de salud mental sin los usuarios, la cuestión es, que como se mencionó en la pág. 82, si bien no están los usuarios presencialmente, la reunión clínica como un espacio para el equipo de trabajo, no es el ideal para la promoción y prevención del autocuidado de salud mental

contrarrestar los factores de riesgos como factores de protección, a través de las medidas de autocuidado de salud mental que se generen, ya que no permite distender a los/as trabajadores/as, y por ende, debiese ser un espacio exclusivo para ellos. Puede ser redundante, pero la ambigüedad que se tiene de los ideales de medidas de autocuidado de salud mental grupal, según las necesidades de cada equipo de trabajo, no puede ser con o sobre los pacientes.

5.4.4.3 Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental Individual.

Esta última subcategoría obtiene dos opiniones reflexivas sobre el autocuidado de salud mental a nivel individual. La entrevistada 5, genera una reflexión sobre la desvalorización que se genera en los espacios frente a la importancia que debiese tener el autocuidado de salud mental laboral y desde ahí denota las posibles consecuencias al existir nada o poco de estrategias de autocuidado de salud mental, plasmándolo de la siguiente manera:

“En casi ningún espacio se prioriza el autocuidado, o sea ese tema es algo que se deja en tercer o quinto plano y a veces ni existe en la institución, eeh creo yo que esto no es una buena forma de cuidar a tus trabajadores, no hay que esperar que la persona empiece a tirar licencias por estrés y se debe ver desde la prevención, ya sea por temas de tiempo o querer sacar más casos, también existe eso eeh la persona si no va a tener una pausa para el autocuidado es posible que se enferme o que se estrese o termina desasociándose de sentir y es como una medida de protegerte y al final todos los casos para ti van a ser un número más.”

La entrevistada 3 genera autocrítica desde la experiencia que la posiciona hoy en día a dar un valor mayor al autocuidado de salud mental, comentándolo de la siguiente manera:

“Bueno me parece un tema súper importante y muy bueno el que tu estas trabajando por que la tendencia creo yo en los psicólogos, conmigo tal vez, que no estuvieron mucho, eem que yo creo que es fundamental esta parte desarrollar, yo creo qe en algún momento, bueno yo tuve que aprenderlo, porque yo al principio cuando

comencé me reventaba trabajando y quería ser la mejor y aprenderlo todo y después ya uno se pone vieja y te vas dando cuenta que hay que bajar las revoluciones sin ser irresponsable, pero hay que cuidarse.”

Según Conrad (1987) (como cito Gómez, 2006), efectivamente la carencia de promoción como indica la entrevistada 5 genera consecuencias perjudiciales para las instituciones laborales en sus trabajadores/as, pero que además invita a suponer a la investigadora por qué la experiencia vivencial en su ejercicio profesional de la entrevistada 3, debió ser el aprendizaje de autocuidado de salud mental y autocrítica para crecer personalmente como su propia medida de autocuidado individual, debido a que se vio afectada en su bienestar psicológico.

VI. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

Este estudio se centró principalmente en analizar por medio de una investigación cualitativa, la percepción de los/as profesionales y técnicos de tres centros de rehabilitación de la región Metropolitana, desde la identificación de sus medidas de autocuidado de salud mental en el área organizacional, grupal e individual. Con la información adquirida por las entrevistas semi-estructuradas, se han podido concluir los siguientes resultados en base a los objetivos específicos de esta investigación.

Objetivo específico 1:

° Identificar cuáles son las medidas de autocuidado de salud mental laboral de los/as profesionales y técnicos de Centros de Rehabilitación privados de la región Metropolitana en el área psicosocial organizacional.

Respecto a este objetivo específico los/as profesionales y técnicos en rehabilitación logran identificar a través de sus discursos medidas de autocuidado de salud mental a nivel organizacional las siguientes dos perspectivas:

- La primera hace referencia a las medidas de autocuidado que se realizan en algunas instituciones de esta investigación; estas son el deporte y las reuniones sociales y laborales como equipo de trabajo, pero en conjunto a los usuarios.
- La segunda hace referencia a la carencia y necesidad de medidas de autocuidado de salud mental desde algunas instituciones de esta investigación.

Respecto a estas dos perspectivas se puede deducir, que los/as profesionales y técnicos logran identificar las medidas de autocuidado de salud mental en el área organizacional, ya sea desde las realizadas en algunas instituciones como la denotación

de carencias y necesidad de ellas en otras instituciones.

Por otra parte se permite identificar la naturalización de las medidas de autocuidado de salud mental organizacional junto a los pacientes.

Objetivo específico 2:

° Identificar cuáles son las medidas de autocuidado de salud mental laboral de los/as profesionales y técnicos de Centros de Rehabilitación privados de la región Metropolitana en el área psicosocial grupal.

Respecto a este objetivo los/as profesionales y técnicos en rehabilitación dieron a conocer las medidas concretas de autocuidado de salud mental grupal, desde la percepción personal que cada uno/a considera como medidas grupales de autocuidado de salud mental junto a sus pares. Estas son:

Las reuniones clínicas como un espacio de autocuidado de salud mental donde pudiesen dar a conocer sus diversos sentires. Y, el apoyo con sus compañeros/as a través de la confianza y la palabra, como un vínculo de contención.

Por otra parte se permite identificar la naturalización de las medidas de autocuidado de salud mental organizacional en los espacios que son exclusivamente administrativos y de aspectos técnicos como lo es una reunión clínica.

Objetivo específico 3:

° Identificar cuáles son las medidas de autocuidado de salud mental laboral de los/as profesionales y técnicos de Centros de Rehabilitación privados de la región Metropolitana en el área psicosocial individual.

Respecto a este objetivo específico los/as profesionales y técnicos en rehabilitación logran identificar las medidas de autocuidado de salud mental que ejercen individualmente, generando una apertura a las medidas individuales dentro del espacio laboral y las medidas

que realizan fuera del espacio laboral.

Las medidas de autocuidado de salud mental individual dentro del espacio laboral identificadas fueron las siguientes:

- Utilizan los espacios y su rol flexivamente asimétrico como trabajador, para generar límites como estrategia de autocuidado de salud mental.
- Utilizan reuniones clínicas como estrategia de autocuidado de salud mental laboral, lo cual es una estrategia representativa para algunos/as entrevistados/as.
- Las medidas de autocuidado de salud mental individual fuera del espacio laboral identificadas fueron las siguientes:
- Utiliza su red de apoyo, de relaciones sociales, para poder distenderse con algunas amistades y con otras para dar a conocer todo sentir emocional, el cual incluye el ámbito laboral.

Las medidas de autocuidado de salud mental individual dentro del espacio laboral identificadas fueron las siguientes:

- Actividades de deporte.
- La fotografía.
- La lectura.
- Descanso en sus tardes libres.
- Medida desde los ideales espirituales, como fortaleza y contención.
- Meditación.
- Racionalizar personalmente y dar un giro a alguna situación o sentir que lo pudo haber afectado, y desde ahí disminuir el malestar.

Por otra parte se permite identificar como contraste que las medidas de autocuidado de salud mental individual dentro del espacio laboral son bastante reducidas en comparación a las realizadas fuera del espacio laboral. Además nuevamente se visualiza una naturalización como medida de autocuidado dentro del espacio laboral las reuniones clínicas, espacios que son exclusivamente administrativos.

Objetivo específico 4:

° Analizar los alcances percibidos por los/as profesionales de centros de rehabilitación privados de la Región Metropolitana, respecto a la/s medida/s del autocuidado de salud mental en el trabajo desde las tres áreas psicosociales; individual, grupal y organizacional.

Respecto a este objetivo específico, si bien anteriormente se mencionaron los resultados de medidas de autocuidado concretas en el área organizacional, grupal e individual. También en los alcances percibidos se lograron identificar tres aspectos relevantes para esta investigación:

La primera se enfoca en la responsabilidad de autocuidado de salud mental en las áreas organización, grupal e individual. La segunda respecto a la efectividad de realizar medidas de autocuidado de salud mental en las áreas organizacional, grupal e individual. La tercera como resultados emergentes de diversas sugerencias de autocuidado de salud mental en el área organizacional, grupal e individual.

Alcances percibidos en la responsabilidad de autocuidado de salud mental:

Responsabilidad de autocuidado de salud mental organizacional:

Los/as profesionales y técnicos en rehabilitación logran identificar como importante la responsabilidad de autocuidado de salud mental de sus organizaciones principalmente en tres aristas; La primera es la responsabilidad que le compete a la organización frente a las relaciones humanas. La segunda, es la responsabilidad de la organización frente a la estructura física, comprendida como los espacios que habitan en las jornadas laborales. Y la tercera, la responsabilidad respecto a la delegación de labores de sus trabajadores/as frente a la sobrecarga laboral.

Responsabilidad de autocuidado de salud mental de los/as empleadores/as.

Los/as profesionales y técnicos en rehabilitación logran identificar la responsabilidad de autocuidado de salud mental de sus empleadores/as principalmente como encargados/as de:

Promover las instancias que la organización debiese proveer sobre los temas de promoción, para ello comenta la importancia del vínculo de confianza con sus empleadores/as para denotar las diversas situaciones que pudiesen afectar su salud mental desde el ejercicio laboral que realiza cada trabajador/a.

Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental Grupal.

Los/as profesionales y técnicos en rehabilitación logran identificar la responsabilidad de autocuidado de salud mental en el área grupal, es decir las relaciones sociales con sus compañeros/as de trabajo, indicando que:

La comunicación, surge como una posibilidad de protección frente a las diversas situaciones que emerjan en el espacio laboral.

Por otra parte existe un caso atípico que indica que el grupo de trabajo puede posibilitar no solo beneficios, sino además un factor de riesgo en su salud mental.

Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental Individual.

Los/as profesionales y técnicos en rehabilitación logran identificar la responsabilidad de autocuidado de salud mental individual, comprendida como:

Una responsabilidad personal de consciencia consigo mismos/as frente al reconocimiento e identificación de las sensaciones y emociones que el cuerpo y mente

manifiestan, y desde ahí, poder velar por las necesidades que cada uno/a tenga, indicando además, que es la experiencia la que posibilita identificar las necesidades de autocuidado de salud mental que cada uno/a manifieste.

Alcances percibidos sobre la efectividad de estrategias de autocuidado de salud mental.

Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Organizacional.

Respecto a la efectividad de autocuidado de salud mental organizacional, al no existir una pregunta guiada los/as profesionales y técnicos en rehabilitación no logran identificar su efectividad, y solo uno menciona una experiencia comunicada, pero no vivenciada.

Retomando las medidas concretas de autocuidado de salud mental organizacional (pág.) se puede deducir que mencionar la carencia de estas y en otros casos la naturalización de que se realicen o no exclusivamente para sus trabajadores/as, sino en conjunto a los pacientes, emerge una necesidad para obtener una efectividad de autocuidado de salud mental en sus espacios laborales. Comprendida esta como las acciones beneficiosas que permite caracterizar como efectiva.

Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Grupal.

Los/as profesionales y técnicos en rehabilitación logran identificar la efectividad que tiene o pudiesen tener las medidas de autocuidado de salud mental a nivel grupal, es decir, junto a sus pares.

Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Individual.

Los/as profesionales y técnicos en rehabilitación logran identificar la efectividad que pudiesen tener las estrategias de autocuidado de salud mental en el área individual, cabe destacar que estas son fuera y dentro del espacio laboral.

Se podría deducir que las medidas seleccionadas en cada profesional y técnico en rehabilitación, son claves para amortiguar los factores de riesgo que pudiesen aparecer en sus jornadas laborales, es por ello que la capacidad individual de auto conocerse desde lo que se siente y que se hace como estrategias de autocuidado de salud mental, frente a diversas dinámicas laborales, es un factor protector implícito y adicional para esta investigación, no solo en el área individual, sino también grupal, respecto a la organizacional está le compete exclusivamente a la organización y sus empleadores/as.

Alcances percibidos sobre las sugerencias de autocuidado de salud mental.

Estos alcances en particular son grandes hallazgos para esta investigación, los anteriores mencionados fueron dirigidos, en cambio estos emergente, manifestados por los/as profesionales y técnicos en rehabilitación, desde sus necesidades y reflexiones de autocuidado de salud mental laboral.

Sugerencias de autocuidado de salud mental organizacional.

En el caso de los/as profesionales y técnicos en rehabilitación que denotaron las carencias de autocuidado de salud mental emanaron sugerencias de medidas preventivas para sus instituciones, estas son las siguientes:

- Momentos de descanso.
- Tener pausas saludables.
- Comer saludable.
- Momentos de soledad, espacio de soledad donde puedas estar tú con tu persona y nada más.
- Momentos de discusión.
- Momentos de risas.
- Tener horarios laborales adecuados con la cantidad de pacientes, adecuados para un psicólogo o un técnico o para el personal y no sobre cargarlo.
- Tener la noción del día donde se generen instancias y favorecer al personal de trabajo de salud mental.

- Pausas Activas.
- Que las medidas de autocuidado de salud mental sean distendidas de los usuarios.

Respecto a la última sugerencia es un hallazgo que invita a deducir el motivo, de porque los/as profesionales y técnicos en rehabilitación han naturalizado en el área organizacional medidas de autocuidado de salud mental en conjunto a sus pacientes y en el área grupal e individual la naturalización como medida de autocuidado de salud mental las reuniones clínicas, las cuales son exclusivamente para un contexto laboral administrativos y técnico, y si bien se puede denotar algún malestar, no es exclusivamente de autocuidado de salud mental para sus trabajadores/as. Además se puede identificar el porqué de la carencia o necesidad de mayores estrategias de autocuidado de salud mental, ya que no existe una claridad en el equipo de trabajo, de que el autocuidado de salud mental debe ser en espacios exclusivos para ello/as y solo con ellos/as.

Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental Grupal.

Respecto a esta sugerencia, se menciona la necesidad de habilitar un espacio de autocuidado de salud mental para el equipo de trabajo en las reuniones clínicas. Puede ser redundante, pero se logra deducir la ambigüedad que se tiene de los ideales de protección como medidas de autocuidado de salud mental grupal, según las necesidades de cada equipo de trabajo, estas no pueden ser con o sobre los pacientes, sino sobre ellos/as mismos/as en su quehacer profesional, malestares, sentires, que vayan emergiendo en sus jornadas laborales, es incluso la última sugerencia mencionada en el área organizacional sobre la necesidad de distenderse de los pacientes.

Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental Individual.

Las sugerencias identificadas por los/as profesionales y técnicos en rehabilitación denotan dos puntos clave para el autocuidado de salud mental individual:

La primera como la capacidad de comprender cada institución laboral, independiente de si es un centro de rehabilitación, es la urgencia preventiva y de promoción para el autocuidado de salud mental, ya que las consecuencias pueden ser el ausentismo laboral,

las licencias médicas, las sintomatologías psicológicas y en algunos casos patológicas, entre otras.

Por ultimo como la experiencia laboral puede ser clave para tomar consciencia de la importancia de prevenir desde los límites y el autocuidado de salud mental individual, ya sea dentro o fuera del espacio laboral.

Objetivo general:

Identificar las medidas de autocuidado de salud mental laboral de los/as profesionales y técnicos de Centros de Rehabilitación privados de la Región Metropolitana, desde tres áreas psicosociales; organizacional, grupal e individual.

En base a todo lo expuesto anteriormente, se está en condiciones de afirmar que sí se pudo identificar las percepciones de los profesionales y técnicos que trabajan en centros de rehabilitación en la región Metropolitana, respecto a las medidas de autocuidado de salud mental en el área organizacional, grupal e individual, además de nuevos alcances percibidos, cumpliendo así con el objetivo general.

Lo cual está caracterizado por:

Medidas concretas de autocuidado de salud mental organizacional, grupal e individual.

Se tiene conocimiento respecto a lo que son las medidas de autocuidado de salud mental sus beneficios y consecuencias, frente a las carencias en algunos casos en las áreas, organizacional, grupal e individual.

Paradójicamente, se han naturalizado medidas de autocuidado de salud mental debido a la ambigüedad de no diferenciar en la cotidianidad los aspectos biopsicosociales de las 3 áreas; organizacional, grupal e individual en sus espacios laborales, posibilitando que si bien pueden identificar y comprender sus consecuencias negativas en su salud

mental y beneficios, los cuales afectan directamente a la efectividad y desde donde nacen diversas sugerencias como necesidades y reflexiones de los/as profesionales y técnicos en rehabilitación, éstas no son exclusivamente para el equipo de trabajo, sino más bien, sobre o con los pacientes que atienden en los centros de rehabilitación.

Se identifican distintas percepciones para un mismo tema y trabajadores/as de una misma institución, donde cabe destacar que la capacidad de cada profesional y técnico frente a las medidas de autocuidado de salud mental, pueden ser o no identificadas a tiempo para la prevención y promoción grupal e individual y estas dependen de la particularidad de cada uno/a en su ejercicio profesional y los recursos como factores protectores desde las medidas de autocuidado de salud mental que puedan emplear.

Respecto a las medidas de autocuidado de salud mental organizacional, la responsabilidad de esta y la de sus empleadores/as, puede afectar directamente a su efectividad, por ende directamente a sus trabajadores/as. Lo cual ha posibilitado de forma emergente diversas sugerencias, donde denotan que las instituciones de centros de rehabilitación debiesen crear espacios de escucha, fortaleciendo los vínculos entre sus pares y empleadores/as a través de la confianza, existiendo espacios exclusivamente para ellos/as distendidos de los/as pacientes, para así, promover y prevenir frente a los constantes factores de riesgos que pueden afectar su salud mental cuando realizan sus jornadas laborales o más bien la labor que han decidido ejercer. Implementando la diversidad de medidas de autocuidado que en particular estos/as trabajadores/as necesitan y que según cada organización de centros de rehabilitación y su equipo de trabajo puedan necesitar.

Es pertinente realizar diversas sugerencias que pueden enriquecer esta investigación, considerando que este proyecto se enmarca en la salud laboral y la psicología organizacional, que eleva factores protectores a través de variadas medidas de autocuidado de salud mental, los cuales amortiguan a los factores de riesgo, que en particular los /as profesionales y técnicos en rehabilitación vivencian constantemente por el ejercicio profesional de salud mental que realizan en los centros de rehabilitación.

Si bien anteriormente en las características del objetivo general de este proyecto se dieron a conocer algunas reflexiones desde la información emanada por los/as partícipes de este proyecto, es relevante indicar que para estas instituciones de centros de rehabilitación, la diversidad de situaciones a las que se exponen día a día sus trabajadores/as, en las tres áreas que transitan durante sus jornadas laborales; organizacional, grupal e individual, proporcionan la urgencia de crear políticas públicas que promuevan y prevengan desde la cotidianidad en sus ejercicios profesionales futuras complejidades de aspectos psicológicos e incluso psiquiátricos. El enfoque de esta investigación, era poder definir medidas de autocuidado de salud mental concretas y que para los/as partícipes fuera representativas, desde donde existieron variadas similitudes como reflexiones particulares atípicas, pero claves para dar a conocer grandes hallazgos para esta investigación.

Los factores de riesgos de Barlow (2000) (Como cito Gómez y Calderón, 2017) mencionados en los análisis de esta investigación (pág.74). Son situaciones o actividades desde lo cotidiano, la información obtenida desde los/as profesionales y técnicos, daban a conocer aspectos cotidianos que alivianaban las situaciones estresantes o malestares, la capacidad de cada uno/a de prevenir ha sido la gran responsabilidad, desde la individualidad, porque la responsabilidad que le compete a su organización no está siendo compartida o no está siendo realizada de la forma más oportuna, la problemática está en la desinformación y/o ambigüedad por medidas concretas y exclusivas para sus trabajadores/as, que quizás las políticas públicas pudiesen proveer junto a los recursos económicos. Pero, mientras todo esto ocurre las problemáticas y el ejercicio profesional no se detendrá, ni mucho menos la vida particular que cada trabajador/a transite en los aspectos biopsicosiales donde ejecutan y vivencian experiencias particulares que pueden entregar bienestar psicológico o no.

Es entonces, necesario que:

Las responsabilidades de autocuidado de salud mental puedan ser compartidas desde la organización, sus empleadores/as, junto a sus pares e individualmente.

Velar por el autocuidado de salud mental de sus trabajadores/as beneficia

directamente a la institución y los servicios que prestan, ya que son los/as mismos/as profesionales y técnicos, quienes los emplean.

Realizar estudios directamente con una muestra de profesionales de la salud mental en psiquiatría, ya que la modificación de muestra de esta investigación se debió a que no pudieron ser participe todos/as los/as psiquiatras y eso posibilita otra visión respecto a este tema.

Realizar un estudio respecto al tiempo como factor de riesgo en todas las áreas, ya que los/as trabajadores/as que más generaron sugerencias o carencias de medidas de autocuidado de salud mental, llevaban más tiempo en las instituciones cumpliendo con mayores horas de trabajo, y ya que esta investigación tenía objetivos que solicitaban junto al instrumento de investigación información a priori, no se pudo profundizar.

Finalmente, conforme a lo antes expuesto, se está en condiciones de:

Afirmar que el concepto de salud mental, es relevante siempre estar estudiándolo, ya que prevenir y promocionar puede evitar desencadenar problemáticas en la vida e integridad de cualquier ser humano y poder ejercer una profesión en el área de salud mental, en centros de rehabilitación necesariamente necesita que sus trabajadores/as se encuentren con un bienestar psicológico apropiado para poder proveer lo mismo a un/a otro/a.

Afirmar que es necesario indagar en las estrategias de autocuidado de salud mental, como medidas de prevención y promoción para sus trabajadores/as. Afirmar que existen carencias o ambigüedad respecto a las medidas de autocuidado de salud mental organizacional. Sugerir campañas de autocuidado de salud mental desde la organización y sus empleadores/as para sus equipos de trabajo, desde las necesidades que cada trabajador/a y en conjunto a sus pares pueda tener en cada centro de rehabilitación.

Sugerir una revisión acuciosa de las políticas públicas actualmente vigentes para resguardo específico de la Salud Mental de los trabajadores y corroborar que estén siendo debidamente implementadas en las Comunidades Terapéuticas.

Como investigadora de este proyecto, se espera que esta investigación pueda ser de utilidad e interés para profesionales del área de salud mental o futuros profesionales.

Trabajar con un/a otro/a no implica que no se trabaje junto a otros/as y que los conocimientos adquiridos en salud mental no puedan ser aplicados en nosotros/as mismos/as logrando identificar no solo en un explorar, sino también en un explorarnos constantemente para prevenir. Las dificultades a nivel mundial y nacional respecto a las problemáticas en la salud mental y los/as trabajadores que velan por ella son consecuencias de no identificar los límites que cada uno/a posee y son las experiencias buenas o malas, las que nos posicionan a velar inicialmente desde nosotros/as mismos/as de forma particular. Es la cotidianidad donde transitamos día a día, la que trasciende y produce diversas sensaciones que en conjunto a una organización que vele por la salud mental de sus trabajadores/as puede posibilitar un bienestar psicológico protegido y contenido.

Capítulo VII Referencias:

- Acuña, E. & Reyes, O. (1982) El Desempleo y sus efectos Psicosociales. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Santiago. Chile.
- Aguirre, Cornejo & Ferreira. (2015). Percepciones de Psicólogos y Técnicos en Rehabilitación de una Comunidad Terapéutica respecto a la relación entre el Trabajo que ejercen y su propia Salud Mental. (Para optar al grado de licenciatura en Psicología).Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.
- Baptista, P. (1997). Diseños no experimentales de investigación. En C. Hernandez & C. Fernandez (Eds.), Metodología de la investigación (1.a ed., Vol. 1890, pp. 245-247). McGraw-Hill Education.
- Brito C. (2010). Yoga en el Tratamiento de Adicciones. La Experiencia de Dos Años de Práctica de Yoga con Pacientes del Centro de Rehabilitación Takiwasi. Scielo, vol. 9, pág. 1.
- Carlotto, M. y Gobbi, M. (2001) Desempleo y Síndrome de Burnout. Revista de Psicología U. de Chile. Volumen 10 (pp. 130-139).
- Dávila, H (1994). Criterios de la Medicina tradicional para referirse a la salud mental. Santiago de Chile.
- Depaux, R., Campodónico, L., Ringeling, I., & Segovia, I. (2008). En el camino a Centro de Salud Familiar. Secretaría de Redes Asistenciales.
- Díaz, Cruz. Et al. (2016). Características Clínico y Sociodemográficas de los Pacientes de un Centro de Rehabilitación para las Adicciones. Scielo.
- De la Garza, E., (2009). Hacia un concepto ampliado de trabajo. En Trabajo, empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales. Vol. I (124). Buenos Aires, Argentina: Caicyt Clacso.

Echeverría, G. (2005). Análisis Cualitativo por Categorías. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Errázuriz, Paula, Valdés, Camila, Vöhringer, Paul A, & Calvo, Esteban. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>

Ferrari, D., (2017). Salud Mental en Chile: Análisis y Propuesta de Política Pública con Enfoque en la Promoción de la Salud Mental y La Prevención de los Trastornos Mentales. (Pregrado para Optar al Título de Ingeniero Civil Industrial). Universidad Técnica Federico Santa María. Santiago, Chile.

Fischer, M. (2007). Salud Mental y Autocuidado: prácticas organizacionales y de capacitación en funcionarios y funcionarias de la Ilustre Municipalidad de el Bosque. Tesis para optar al grado de Licenciada en Psicología. Santiago, Chile. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.

Folgueiras, P. (2016). La Entrevista. Barcelona, España. Universitat de Barcelona.

Guía Metodológica "Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de personas con problemas de drogas, Ministerio de Salud, 1996

Gómez, C. (Octubre 25 de 2006). Salud Laboral: Una Revisión Laboral a la Luz de las Nuevas Condiciones Laborales. Universidad del Valle. Bogota, Colombia. 5177, pp. 105 - 115.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2019). Separata técnica anual, Santiago de Chile.

Recuperado de:

<https://www.ine.cl/docs/default-source/ocupacion-y-desocupacion/publicaciones-y->

[anuarios/separatas/anuales/separata-2019.pdf](#)

Intxuta, G. R. (1992). Institucionalización en drogodependencias: las comunidades terapéuticas. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Jahoda, M. (1987). Empleo y Desempleo: Un análisis sociopsicológico. Editorial Morata. Madrid. España.

Juárez, F. (19 de Julio del 2020). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. International Journal of Psychological Research. Pp. 4, 70, 79.

Kerlinger, FN. (1979). Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana. Capitulo no 8 (Investigación experimental y no experimental).

Martínez, E. (2016). Relaciones de intercambio en las organizaciones y riesgos psicosociales: un estudio sobre la relación del contrato psicológico y el burnout (desgaste ocupacional) en una muestra de empleados mexicanos. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

Ministerio del Interior y la Seguridad Pública. (2017). Balance de Gestión Integral Año 2017. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Recuperado de:

<https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2019/07/BGI-SENDA-2017.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). Estadísticas de Licencias Médicas de Origen Común por Enfermedades Mentales- Año 2017. Unidad de Estudios y Estadísticas Superintendencia de Seguridad Social.

Recuperado de: https://www.suseso.cl/607/articles-577928_archivo_01.pdf

Ministerio de Salud. (2009). Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia al Alcohol y/o Drogas. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Recuperado de:

<https://www.senda.gob.cl/wpcontent/uploads/2012/08/ReglamentoCentrosdeTratamiento.pdf>

Ministerio de Salud. (2017). MINSAL da a conocer Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.

Recuperado de:

<https://www.minsal.cl/minsal-da-a-conocer-plan-nacional-de-salud-mental-2017-2025/>

Morales G., Pérez J & Menares M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 12 (1). Pp. 9-25.

Naranjo, M. L. (2004a). Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Naranjo, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo. Universidad de Costa Rica San Pedro. Educación. Montes de Oca. Costa Rica. 33 (2), pp. 171-190.

Navarro. P. (2017). Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. En Revista Colombiana de Psiquiatría. (Eds.) Ebsco (vol. 44 (3), pp. 1.

Organización Mundial de la Salud (2014) Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta. Nota descriptiva No220.

Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Organización Mundial de la salud. (2001). Invertir en Salud Mental. Organización Mundial de la Salud.

Recuperado de:

https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Organización Mundial de Salud.

Recuperado de:

https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.
Organización Mundial de la Salud.

Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-ourresponse>

Organización Mundial de Salud. (2019). La salud mental en el lugar de trabajo:
orientaciones a nivel mundial. Organización Mundial de la Salud.

Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/mental-health-in-the-workplace>

Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por el Corona Virus (Covid-19). (2020).
Organización Mundial de la Salud.

Recuperado de:

<https://www.paho.org/es/tag/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>.

Parra, M. (2001). Monografías de Gestión en Psiquiatría y Salud Mental Salud Mental y Trabajo. Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

Rosario. (2010). Evaluación ergonómica de carga mental y factores de riesgo psicosocial del trabajo, en profesionales, técnicos y administrativos de un centro de rehabilitación de salud mental privado. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Sandra Oltra. (2013). El Autocuidado, una Responsabilidad Ética. Revista GPU,9, 85-90.

- Steven L. Sauter, Joseph J. Hurrell Jr., Lawrence R. Murphy y Lennart Levi. (1998). Factores psicosociales y de organización. En Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tercera edición. Madrid: Gestión editorial. Chantal Dufresne, BA.
- Tolfo, S., Chalfin M., Baasch D. & Soares J. (01 de Diciembre del 2010). Sentidos y significados del trabajo: un análisis con base en diferentes perspectivas teórico-epistemológicas en Psicología. Univ. Psychol. V. 10, pp. 177.
- Tatamuez-Tarapues, Domínguez y Matabanchoy-Tulcán, (2018). Revisión sistemática: Factores asociados al ausentismo laboral en países de América Latina.
- Doi: <https://doi.org/10.22267/rus.192101.143>
- Trucco Burrows, M. (2004). El estrés y la salud mental en el trabajo: Documento de Trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. Cienc. Trab, 6(14), 185-188.
- Uribe, J. F. (2016). Psicología del trabajo. Un entorno de factores psicosociales saludables para la productividad. México: Manual Moderno. Pp. 129 – 138.
- Valdés P., Errazuriz C., Vöhringer P. & Calvo E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. Revista Medicina Chile. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n9/art11.pdf>
- Villalón J. (2005). Estudio descriptivo – exploratorio de la percepción de los profesionales desempleados del grupo etáreo 40 – 50 años de edad, del nivel socioeconómico ABC1, de la Región Metropolitana, respecto a su propia experiencia de cesantía. Academia de Humanismo Cristiano.

Capítulo VIII Anexos:

8.1 Anexos de Matriz de Categorías.

Por cada una de las categorías definidas anteriormente se pudo obtener, de los/as entrevistados/as, respuestas diferentes. Sin embargo muchas de esas respuestas comparten un eje temático o una idea en común, y gracias a ello se pudo definir, para cada categoría, subcategorías representativas de las respuestas de todas las personas de la muestra.

Categoría 1: Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental.

| Subcategoría | Citas | |
|--|--|------------------------------|
| Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental Organizacional. | “La institución debería favorecer o facilitar los espacios, si bien uno puede tener su autocuidado personal en su espacio X, pero la institución debería tener ese valor moral, ético arraigado en su visión y en su mirada.” | Técnico en rehabilitación 1. |
| | “La responsabilidad de la organización es doble yo creo, porque es una organización que está a cargo de la salud mental de otros, [...] por lo tanto tiene que ser doble, porque implica horas de trabajadores que trabajan en la salud mental valga la redundancia y que pueden estar sometidos y no deben estar sometidos a condiciones que puedan alterar su salud mental, incluso debiera promoverse más las | Psiquiatra 1. |

| | | |
|--|--|------------------------------|
| | buenas prácticas y cuidados en la salud de trabajadores, que trabajan en la salud mental.” | |
| | “Yo creo que un porcentaje alto, yo creo que tiene que ver con el equilibrio que podemos hacer en términos de lo técnico y sobre todo desde las relaciones humanas, creo que es una responsabilidad mayor.” | Psicóloga 1. |
| | “Bueno que estén todos los implementos necesarios dentro de la fundación como para sus residentes, el estar velando por la vida de cada uno de nosotros.” | Técnico en Rehabilitación 2. |
| | “La organización de un espacio destinado al autocuidado de los trabajadores, que no sean solamente para ver el funcionamiento material del establecimientos sino también para profundizar en aquellos casos que generan a ti una carga emocional mayor [...] todo lo que favorezca al en general al personal, los técnicos, los profesionales y vele por la salud mental de sus trabajadores.” | Psicóloga 2. |
| | “Me parece que toda organización tiene que tener[...] instancias, como por ejemplo seminarios, pueden ser | Técnico en rehabilitación 3 |

| | | |
|---|---|--------------|
| | <p>conferencias, capacitaciones en general que apunten a estrategias de autocuidado en definitiva, que debería ser una política existente en todas las instituciones que se trabaje la salud mental para garantizar que los trabajadores estén bien digamos.”</p> | |
| | <p>“los temas del espacio son temas que, son responsabilidades de la organización, los temas de los horarios, la sobre carga.”</p> | Psicóloga 3. |
| | <p>“yo creo que primero que exista una buena organización dentro de la organización cierto, valga la redundancia, una buena comunicación creo que funciona en muchos temas y soluciona muchos conflictos, que la comunicación no sea descendente si no ascendente y a nivel transversal cierto, que el tipo de liderazgo [...] que se espera en la comunidad, sea lo más armónica posible con los terapeutas y los técnicos.”</p> | Psicólogo 3. |
| Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental de los/as empleadores. | <p>“Primero promover la salud mental y el autocuidado y segundo entregar los espacios y las condiciones para ello [...] ir buscando la forma de favorecer las relaciones humanas.”</p> | Psicóloga 1. |

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| | <p>“Yo no tengo problemas con ellos, siempre están pendientes, de cómo esta uno, resguardando siempre lo mío, por lo menos no tengo ese problema con mis empleadores.”</p> | <p>Técnico en Rehabilitación 2.</p> |
| | <p>“En mi caso eso se podría expresar como en las reuniones que hacen mensuales, en esta participan los psicólogos y también los operadores del centro y la directora [...] eso es lo más cercano al autocuidado que yo conozco en el trabajo. Pero queda corto con el autocuidado una vez al mes y sería.”</p> | <p>Psicóloga 2.</p> |
| | <p>“Me parece que la responsabilidad la tienen ellos principalmente de garantizar las instancias, como para poder desarrollar estos temas de salud mental, ya sean por capacitaciones u otras jornadas educativas.”</p> | <p>Técnico en rehabilitación 3</p> |
| | <p>“En este caso el director, cual es la responsabilidad de él, sabes que, yo creo que su responsabilidad puntualmente que hayan o nos entregue tales cosas, es que él nos escuche, eso es fundamental, porque al final si él tiene buena comunicación con nosotros, nosotros podemos tener la confianza de decir, sabes que pasa</p> | <p>Psicóloga 3.</p> |

| | | |
|--|---|------------------------------|
| | esto, sabes que yo no puedo atender a esta cantidad de paciente, eso la comunicación con el director en este caso.” | |
| Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental grupal. | “Bueno si le doy una numeración del al 1 al 10, le doy un 10, a ver, uno esta con personas.” | Técnico en rehabilitación 1. |
| | “Es muy importante, porque los que trabajamos en salud mental somos más propensos a involucrarnos en la, en los procesos de los usuarios, ya que nos podemos involucrar emocionalmente, también a veces hacer un esfuerzo extra para poder ayudarlos y entonces nos sometemos a un estrés mayor al que estábamos destinados, por lo tanto frente a los grupos, es importante contar con el apoyo de los compañeros, por lo tanto poder conversar los casos o alivianarnos en cuanto a la carga, para la sanidad es super importante.” | Psiquiatra 1. |
| | “Una importancia mayor, uno rinde y lo dicen los estudios, mucho más en un ambiente de pares saludable y es importante cien por ciento.” | Psicóloga 1. |
| | “Obviamente que si po, porque es importante el autocuidado entre nosotros mismos, el cuidarnos los unos | Técnico en rehabilitación 2. |

| | | |
|--|---|------------------------------------|
| | <p>a los otros, de ver que pasa diariamente, el poder generar ese vínculo y lazos afectivos, también, para poder funcionar bien dentro del hogar.”</p> | |
| | <p>“Bueno yo tengo solo una compañera de trabajo, que es la operadora, entonces sería un trabajo más de dupla y también creo yo que es necesario tener un espacio para hablar de los casos, creo que igual nos quedamos cortos con eso.”</p> | <p>Psicóloga 2.</p> |
| | <p>“Eso es fundamental, yo con ellos estoy todos los días, o sea mientras allá comunicación, organización, adecuada con ellos la salud mental de nosotros está protegida.”</p> | <p>Psicóloga 3.</p> |
| | <p>“Súper importante el punto que tocaste porque en el fondo el burnout uno se puede quemar con los mismos pares, entonces es muy bueno trabajar la comunicación, en cuanto ocurra algún hito importante, algún conflicto entre compañeros, hacerlo saber automáticamente cierto, para no seguir quemándose de alguna manera y no seguir con el pensamiento.”</p> | <p>Psicólogo 3.</p> |
| | <p>“Bueno hay ciertos aspectos, que siempre que se trabaja en grupo hay</p> | <p>Técnico en rehabilitación 3</p> |

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| | <p>que tratar de mantener funcionando [...] comunicación asertiva digamos y es fundamental tener ese concepto en la mesa digamos, porque una buena comunicación evita muchos temas que puedan desencadenar complicaciones mentales [...] entonces fundamentalmente fomentar el dialogo dentro de los grupos de trabajo, me parece que si no se hace es tremendamente peligroso digamos.”</p> | |
| <p>Responsabilidad de Autocuidado de Salud Mental Individual.</p> | <p>“Si no me cuido yo, me quemó como se dice me da burnout después, o no me importarían las problemáticas y comenzaría a ser un muro nada más, entonces eso ya se ha visto, ya se ha estudiado de los daños de los profesionales de la salud sobre todo y de cómo se van quemando y tiene gran importancia, entonces uno mi persona yo también quiero estar bien y la otra es por entregar un trabajo profesional.”</p> | <p>Técnico en rehabilitación 1.</p> |
| | <p>“Yo creo que es un porcentaje importante el autocuidado personal [...] porque uno como profesional pone los límites, uno como profesional sabe hasta cuándo y hasta cuánto puede involucrarse en los procesos que tienes en terapias con los usuarios, yo creo que uno de los grandes porcentajes</p> | <p>Psiquiatra 1.</p> |

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| | <p>depende de la persona, de la experiencia y también del estilo de vida que lleve.”</p> | |
| | <p>“Cien por ciento, porque nuestro trabajo es muy estresante, trabajamos con personas con problemas, no menores, entonces tenemos que saber ocupar estrategias de autocuidado, tenemos que [...] sentirnos bien y si no lo estamos tenemos que escucharnos, primero que todo, es súper importante escucharnos y no ser tan mecanizados, en el rendimiento técnico.”</p> | <p>Psicóloga 1.</p> |
| | <p>“Ser responsable conmigo misma, participar de todas las terapias las cuales a mí me mandan que son mis terapias psicológicas, ver e informar si yo estoy bien o estoy mal para poder trabajar como corresponde no evitar los controles, porque también sería una actitud mía errónea hacia el hogar también y hacia mí misma.”</p> | <p>Técnico en rehabilitación 2.</p> |
| | <p>“Yo creo que mi responsabilidad ha sido tratar de, por mi cuenta, tener un espacio de autocuidado [...] comunicar y tener un espacio de autocuidado y en el caso de la institución es una vez al mes.”</p> | <p>Psicóloga 2.</p> |

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| | <p>“Yo bueno en este caso consciencia, identificar antes a tiempo, cuando estoy mal.”</p> | <p>Psicóloga 3.</p> |
| | <p>“Hacer deporte, dormir las 6 u 8 horas diarias, tratar de alimentarse bien, claro durante la pandemia, partió la pandemia y yo me fui a la cresta [...] yo creo que no tirarme tanta sobre carga laboral, priorizar lo que es el espacio privado antes y hacer un equilibrio.”</p> | <p>Psicólogo 3.</p> |
| | <p>“Como te decía al principio yo creo que la caridad comienza por casa, es fundamental uno procurar, estar bien, como te decía también, hacerle caso a lo que avisa el cuerpo y la mente cachai, entonces a mí me parece que si uno se descuida o trata de centrarse en el trabajo y empezar a dejar de lado otros temas personales a la larga pasa la cuenta, entonces si bien es complicado por temas de tiempo, y acotándolo y viendo lo más básico, el no pasar por alto las señales que aparecen por ejemplo de estrés, de fatiga laboral, de un montón de temas que pueden surgir sobre el asunto.”</p> | <p>Técnico en rehabilitación 3.</p> |

Categoría 2: Estrategias de Autocuidado de Salud Mental.

| Subcategoría | Citas | Entrevistado/a |
|--|---|------------------------------|
| Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Organizacional. | <p>“Yo podría decir que es bastante carente, por lo menos en el espacio donde yo trabajo [...] creo que han habido más bien instancias de salud a la bandera desde la institución a tener una salud mental adecuada como equipo, yo personalmente lo banco, me lo banco solo, como dice los argentinos, yo tomo mis precauciones, yo tomo mis medidas, porque la institución no tiene arraigado eso, no tiene ese valor ético sobre sus trabajadores y trabajadoras para generar instancias de salud mental.”</p> | Técnico en rehabilitación 1. |
| | <p>“Bueno habían espacios, tanto en las reuniones clínicas como con la jefatura, como para conversar temas relacionados a lo que uno le puede estar preocupando, generando</p> | Psiquiatra 1. |

| | | |
|--|--|---------------------|
| | <p>contratransferencia o la salud mental del equipo [...] yo no alcance a ir, pero me acuerdo que hacían paseos fuera de Santiago [...] también unido a la parte espiritual, que también es importante.”</p> | |
| | <p>“Bueno por ejemplo en términos, ahora que estamos con toda esta cosa pandémica ir escuchándonos que nos va pasando para ir generando empatía en términos de que a lo mejor el trabajo, o el otro, estamos como más cansados, más estresados y empatizar con eso y colaborarnos mutuamente, antes de la pandemia, bueno nuestro autocuidado como organización era fundamental en las reuniones técnicas, en las reuniones clínicas y también en esta cosa, ir viendo cada uno de nosotros ir viendo, no se</p> | <p>Psicóloga 1.</p> |

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| | <p>po si alguien se siente agotado por ejemplo, remplazarlo en un taller, ir colaborando en ese sentido.”</p> | |
| | <p>“Bueno el contrato de trabajo, la salud completa con el trabajo mismo.”</p> | <p>Técnico en rehabilitación 2.</p> |
| | <p>“Bueno en el caso de donde estoy trabajando ahora, como tú sabes, estoy yendo, jornadas acotadas principalmente, entonces no he participado en instancias de salud mental digamos para trabajadores, y la verdad tampoco sé si existen, porque como te decía [...] no estoy participando de todas las actividades del centro.”</p> | <p>Técnico en rehabilitación 3.</p> |
| | <p>“Aquí se entrega una jornada de autocuidado que es con deporte, vamos a jugar con los usuarios de hecho que están acá, eso se hace semana por medio, a</p> | <p>Psicóloga 3.</p> |

| | | |
|---|--|------------------------------|
| | <p>veces se hace un asado también, eso es como la parte de autocuidado que entrega el centro.”</p> | |
| | <p>“Espacios deportivos, donde participamos todos y eso si se hace cierto, eeh hacemos convocatorias con los mismos usuarios cierto, jornadas de cohesión grupal, cohesión social, cierto comprendiendo que hay una comunidad, eeh muchas veces hacemos asados [...] en el fondo todo lo que involucre al grupo humano, tantos los terapeutas como los mismos usuarios, principalmente eso es lo que se hace.”</p> | Psicólogo 3. |
| <p>Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Grupal.</p> | <p>“Yo podría hablarte de millones de estrategias, pero primero hay que hacer un levantamiento de información desde las necesidades y eso como base no se ha hecho.”</p> | Técnico en rehabilitación 1. |

| | | |
|--|---|----------------------|
| | <p>“Yo sé que había un protocolo, había una guía donde estaba el manual de la comunidad, pero yo iba una vez a la semana entonces, no fui testigo de que se aplicara en mi caso, pero a veces se me consulto por algunos profesionales y a veces yo tuve que hablar con algunos de ellos para preguntarle acerca de estos temas de cómo estaban ellos como en su vida personal [...] pero a mí no me toco ser partícipe de algo programado, fue algo contingente, yo sé que en el programa había un ítem acerca de eso, no lo recuerdo, porque como te digo no lo vimos aplicados, en el día que yo iba a la semana.”</p> | <p>Psiquiatra 1.</p> |
| | <p>“Conversar por ejemplo de nuestras cosas eeh en mi lugar de trabajo existe esa confianza para poder conversar de nuestras</p> | <p>Psicóloga 1.</p> |

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| | <p>cosas personales, quizás no con todo el grupo, pero ir haciendo esa horizontalidad, en términos de poder ir soltando un poco el estrés.”</p> | |
| | <p>“Una vez a la semana para ver cómo nos encontramos nosotros, también una vez al menos con el resto de los trabajadores, mantener una comunicación mayormente que es lo primordial.”</p> | <p>Técnico en rehabilitación 2.</p> |
| | <p>“La verdad lo hemos intentado, pero como te digo, por el tiempo no ha podido ser realizado, es más algo como sin horario, hablamos de los casos por encima y no sé si pudiera llegar a ser algo de autocuidado.”</p> | <p>Psicóloga 2.</p> |
| | <p>Bueno con los chicos tenemos [...] instancias de reuniones clínicas, donde además de hablar</p> | <p>Técnico en rehabilitación 3.</p> |

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| | <p>de cada muchacho en particular [...] hablabamos también un poco de como estábamos nosotros, esa fue la instancia completa que te podría mencionar.”</p> | |
| | <p>“Nos apoyamos si hay terapias grupales que no podemos cubrir por temas emocionales o por estrés, la cubre el otro.”</p> | <p>Psicóloga 3.</p> |
| | <p>“No hemos desarrollado.”</p> | <p>Psicólogo 3.</p> |
| <p>Estrategias de Autocuidado de Salud Mental Individual.</p> | <p>“Tengo amigos y amigas con quienes de alguna u otra forma, así como también me llaman para contarme cosas, yo también los llamo para contarles [...] así vómito, también me dedico al arte saco fotografías, estudio otras temáticas, hago deporte, disfruto, festejo con amigos y amigas [...] intento de no llevar el trabajo a una fiesta o a conversar con amigos, pero si me doy la instancia con amigas,</p> | <p>Técnico en rehabilitación 1.</p> |

sobre todo con una amiga en particular donde ella me escucha, me escucha, me escucha y yo me desahogo como se dice en la jerga popular". "Limito los espacios, tengo mis espacios que es mi oficina en ese sentido cuando entra un usuario o paciente se encuadra automáticamente este es mi seting y ahí tengo un espacio, entonces desde ahí hay una asimétrica, entonces yo mantengo el poder, yo mantengo la regularidad, entendiendo que eso cansa, pero eso es un rato y no es todo el día, otro espacio es el ante jardín donde puedo ir conversando otras cosas con los usuarios, pero siempre manteniendo el rol, pero donde se puede poner una imagen más coloquial y los otros espacios son la cocina, el comedor, donde

| | | |
|--|---|----------------------|
| | <p>relativamente es formal, pero también entendiendo el contexto donde uno se puede poner coloquial en algunas instancias, en ese sentido desde los espacios, o sea entiendo que mi espacio de la oficina hay el rol completamente definido y ya saliendo de la oficina manejo como dos espacios donde puedo conversar con los usuarios, una vez al día, donde también mi espacio donde puedo estar solo y no tengo contacto con los usuarios.”</p> | |
| | <p>“Yo primero tengo tardes libres, es decir, donde yo no trabajo, [...] tener una o dos tardes libres de la semana y me apoyo también arto en la parte espiritual, porque soy creyente y participó activamente en una iglesia, entonces me</p> | <p>Psiquiatra 1.</p> |

| | | |
|--|---|----------------------|
| | <p>apoyo arto en dios, em en su palabra y todos los recursos espirituales que eso significa, eeh como para renovar las fuerzas, estar bien conmigo mismo, con los demás, con el perdón y eso”.</p> <p>“la reunión clínica es un descanso para el profesional, porque puede apoyarse en otro profesional, de otra área, que por ejemplo sea interdisciplinario, de otra disciplina que puede ser muy necesario, tanto para el paciente como para uno.”</p> | |
| | <p>“Hago meditación, me gusta leer novelas aparte de toda la lectura que uno lee de psicología, me gusta leer otras cosas, eeh antes de la pandemia hacia yoga y nadaba y estar en familia me gusta mucho y me ayuda mucho para mi autocuidado... Poner límites, cuando uno está</p> | <p>Psicología 1.</p> |

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| | <p>en una comunidad terapéutica, no se po el paciente tiene hora a las cuatro, pero él quiere hablar desde las tres hasta las cinco, hay es fundamental poner límites, cumplir con los horarios establecidos, por supuesto nunca tan rígidos, si hay una emergencia yo me quedo, pero no doy espacio para que esa dinámica se repita trabajando en la comunidad.”</p> | |
| | <p>“Dentro del hogar el tema psicológico que te digo, que es una vez al mes y tratar de comunicarme con la directora o con mi psicóloga y fuera del hogar, como mi zona de confort que le dicen, ponte tú ahora me vine a la playa para descansar, me alejo de todo el mundo, para pensar, disfrutar, descansar como corresponde también.”</p> | <p>Técnico en rehabilitación 2.</p> |

| | | |
|--|--|---------------------|
| | <p>“Conversar los casos con mi compañeros [...] eh estado también trabajando más en respetar mis tiempos, realizar actividades en la tarde, pero bueno ahí en verdad una autocrítica mía sería el no tener la iniciativa de estrategias de autocuidado en el trabajo [...] tratar de salir arto la verdad, hartas actividades al aire libre, también esas estrategias me han funcionado, también estoy asistiendo al psicólogo, así que también tengo ahí mis estrategia.”</p> | <p>Psicóloga 2.</p> |
| | <p>“meditación, deporte, comunicación y puede ser también la comunicación no solo en el plano laboral, sino también dentro de mi círculos sociales, buscar apoyo dentro de mis redes.”</p> | <p>Psicóloga 3.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>“Mira las que te mencione, fuera del espacio laboral podríamos decir la primera que es racionalizar los problemas, porque uno termina la pega y cuando estas llegando a tu casa o camino a tu casa comienzas a cuestionarte cosas, donde te sentí un poco mal o hay situaciones que te pueden chocar, entonces al racionalizarlas bajan automáticamente los niveles de ansiedad por ejemplo, porque los veí desde otro foco, sacai un poco la parte emocional y también el deporte que te comentaba lo intento hacer también en mi casa, caminar con el perro, tratar de hacer cosas sencillas digamos y lo que hago en el ámbito ya laboral es intentar no funcionar desde lo automático como te decía y, incorporar los temas</p> | <p>Técnico en rehabilitación 3.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>que estamos tratando con los chicos, conectarme emocionalmente digamos como a esos mismos temas no verlos tanto desde afueras por el hecho de estar teniendo la responsabilidad, como terapeuta en ese momento.”</p> | |
| | <p>“Tengo amigos y amigas con quienes de alguna u otra forma, así como también me llaman para contarme cosas, yo también los llamo para contarles [...] así vómito, también me dedico al arte saco fotografías, estudio otras temáticas, hago deporte, disfruto, festejo con amigos y amigas [...] intento de no llevar el trabajo a una fiesta o a conversar con amigos, pero si me doy la instancia con amigas, sobre todo con una amiga en particular donde ella me escucha, me escucha, me escucha y</p> | <p>Técnico en rehabilitación 1.</p> |

yo me desahogo como se dice en la jerga popular".

"Limito los espacios, tengo mis espacios que es mi oficina en ese sentido cuando entra un usuario o paciente se encuadra automáticamente este es mi seting y ahí tengo un espacio, entonces desde ahí hay una asimétrica, entonces yo mantengo el poder, yo mantengo la regularidad, entendiendo que eso cansa, pero eso es un rato y no es todo el día, otro espacio es el ante jardín donde puedo ir conversando otras cosas con los usuarios, pero siempre manteniendo el rol, pero donde se puede poner una imagen más coloquial y los otros espacios son la cocina, el comedor, donde relativamente es formal, pero también entendiendo el contexto donde uno se puede

| | | |
|--|--|--|
| | <p>poner coloquial en algunas instancias, en ese sentido desde los espacios, o sea entiendo que mi espacio de la oficina hay el rol completamente definido y ya saliendo de la oficina manejo como dos espacios donde puedo conversar con los usuarios, una vez al día, donde también mi espacio donde puedo estar solo y no tengo contacto con los usuarios.”</p> | |
|--|--|--|

Categoría 3: Efectividad de Estrategias de Autocuidado de Salud Mental.

| Subcategoría | Citas | Entrevistado/a |
|---|---|----------------|
| Efectividad de Autocuidado de Salud Mental Organizacional | <p>“Cumplía la función de distenderse, sino también afianzar los lazos, compañerismo en el equipo y también poder hacer un feedback al equipo acerca del funcionamiento y valorando lo positivo del equipo, era como la terapia del equipo, como lo que a mí me comentaron, que era muy bonito de poder hacerlo, como también reforzando y teniendo feedback positivos en cada trabajador y</p> | Psiquiatra 1. |

| | | |
|--|---|------------------------------|
| | también unido a la parte espiritual, que también es importante.” | |
| Efectividad de Autocuidado de Salud Mental Grupal. | “Sin duda que podría haber una efectividad, sin duda, yo creo que, vuelvo a lo mismo eso lo va a dictar el levantamiento de información.” | Técnico en rehabilitación 1. |
| | “Totalmente, o sea, haber yo tengo una experiencia en otro trabajo que también es en adictos [...], donde una psicóloga hacía estas actividades de talleres de autoconocimiento, donde se reforzaba lo mejor de cada profesional, después se hacía un paseo, entonces era algo necesario que se había instaurado de años y años en el trabajo y siempre era muy satisfactorio el resultado y se esperaban esas jornadas.” | Psiquiatra 1. |
| | “Eso permite que la efectividad sea mayor y así da más deseo de trabajar en un porcentaje amplio.” | Psicóloga 1. |
| | “Si por supuesto.” | Técnico en rehabilitación 2. |
| | “Yo creo que sí.” | Psicóloga 2. |
| | “Yo creo que es efectivo sin duda, porque pienso que el simple hecho de plantear ciertos temas y discutirlos, ya tiene un componente terapéutico digamos importante del hecho de situar temas y abordarlo, más allá de una actividad como tal, no | Técnico en Rehabilitación 3. |

| | | |
|--|--|------------------------------|
| | sé si me explico, el hecho de ponerlo en el presenten, entonces, si a mí me parece que es fundamental ese aspecto particular.” | |
| | “O sea máxima efectividad, si ha funcionado muy bien.” | Psicóloga 3. |
| | “Muy positiva, en caso de hacerse, muy positiva porque en el fondo se estaría hablando todo inmediatamente cierto, no entraríamos en formas de desgaste emocional de irritabilidad, de un estrés producto de una situación que no se habla y quedan ahí y se pasa por alto.” | Psicólogo 3. |
| Efectividad de Autocuidado de Salud Mental Individual. | “Si, bastante, bastante, no tengo nada que decir con el tema de los espacios y desde ahí lo he bajado y claro me ha traído beneficios, porque sé que es complicado estar con vínculos tan directo con personas que ya después de trabajar durante mucho tiempo, comienzan a haber roses sociales, o relaciones muy simpáticas o también todo lo contrario, personas con las que exista transferencias, entonces sin duda que me ha servido.” | Técnico en rehabilitación 1. |
| | “Si han funcionado, por supuesto en algún momento me he visto muy estresada, sobre todo en situaciones muy difíciles, yo he tenido que trabajar la tolerancia a la frustración también, como medida de autocuidado. Como cuando un paciente quiere abandonar o quiere recaer y he | Psicóloga 1. |

| | | |
|--|---|------------------------------|
| | tenido que trabajar eso y sí, me ha resultado, puedo seguir trabajando en esa área digamos.” | |
| | “Si, siempre estoy en contacto para estar bien”. | Técnico en rehabilitación 2. |
| | “Efectivas, no tanto, seria pero si no tuviera mis estrategias, pero de que sean efectivas efectivas, estas podrían ser más.” | Psicóloga 2. |
| | “Si, la verdad que creo que sí, sobre todo el intentar racionalizar las circunstancias, darle otra vuelta, verlos desde afuera los problemas, en lo personal hacer ese ejercicio, me bajan automáticamente los niveles de rabia por ejemplo si hay un problema que apunta a ese lado, siento que bajan los índices de malestares rápidamente, bueno y el ejercicio el caminar, el salir con el perro un poco en las noches, me siento como un poco más entero.” | Técnico en Rehabilitación 3. |

Categoría 4: Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental.

| Subcategoría | Citas | Entrevistado/a |
|--|---|---------------------------------|
| Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental Organizacional. | <p>“Bueno hay un entramado de estrategias de autocuidado que la institución debiera optar [...] te podría nombrar algunas como, tener momentos de descanso, tener pausas saludables, comer saludable, valga la redundancia, momentos de soledad, espacio de soledad donde puedas estar tú con tu persona y nada más, momentos de discusión, momentos de risas [...] tener horarios laborales adecuados con la cantidad de pacientes, adecuados para un psicólogo o un técnico o para el personal y no sobre cargarlo y tener la noción del día donde se generen instancias y favorecer al personal de trabajo de salud mental.”</p> | Técnico en rehabilitación 1. |
| | <p>“Podrían ser en las que se juntaran los psicólogos y las operadoras, pero destinadas semanalmente y ver los casos complejos y de mayor avance o retrocesos, las que quieran abandonar, eeh tantas cosas que se pueden hablar, que se pueden compartir y que se puede originar estrategias más efectiva para ver ciertos casos y que eso ayude al compartir con otras personas y eso mismo para mi me ayudaría emocionalmente, en la expresión psicológica de lo que te pasa emocional.”</p> | Psicóloga 2. |

| | | |
|---|--|----------------|
| | <p>“Aquí falta solo una estrategia y creo que tiene que ver con el establecimiento, con el lugar físico que es el tema de los espacios o sea que podamos atender tranquilamente, solo eso.”</p> | (Psicóloga 3). |
| | <p>“Externas a la propia, o sea que no se desarrollan acá y que no involucren a los propios usuarios, porque así mezclamos todo, entonces sería muy bueno espacios de autocuidado eeh y además sumaría pausas activas, creo que las pausas activas vendrían de muy buena manera acompañado de la prevención y el bienestar de nosotros, dentro del día a día y con lo que desarrollamos cada uno.”</p> | (Psicólogo 3). |
| <p>Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental Grupal.</p> | <p>“Yo creo, bueno todos los viernes tenemos las reuniones clínicas, pero ahí solo hablamos los casos, pero no hablamos de nosotros, me gustaría que exista ese espacio en hablar más de lo persona, siento que comunicar lo que a uno le está afectando cierto, o ocurrió un hecho en una sesión grupal, sabes que no me gusto como lo abordaste eeh no se en alguna narración de algún usuario.”</p> | Psicólogo 3. |

| | | |
|---|--|---------------------|
| <p>Sugerencias de Autocuidado de Salud Mental Individual.</p> | <p>“Bueno me parece un tema súper importante y muy bueno el que tu estas trabajando por que la tendencia creo yo en los psicólogos, conmigo tal vez, que no estuvieron mucho, eem que yo creo que es fundamental esta parte desarrollar, yo creo qe en algún momento, bueno yo tuve que aprenderlo, porque yo al principio cuando comencé me reventaba trabajando y quería ser la mejor y aprenderlo todo y después ya uno se pone vieja y te vas dando cuenta que hay que bajar las revoluciones sin ser irresponsable, pero hay que cuidarse.”</p> | <p>Psicóloga 1.</p> |
| | <p>“En casi ningún espacio se prioriza el autocuidado, o sea ese tema es algo que se deja en tercer o quinto plano y a veces ni existe en la institución, eeh creo yo que esto no es una buena forma de cuidar a tus trabajadores, no hay que esperar que la persona empiece a tirar licencias por estrés y se debe ver desde la prevención, ya sea por temas de tiempo o querer sacar más casos, también existe eso eeh la persona si no va a tener una pausa para el autocuidado es posible que se enferme o que se estrese o termina desasociándose de sentir y es como una medida de protegerte y al final todos los casos para ti van a ser un número más.”</p> | <p>Psicóloga 2.</p> |

