



SALUD MENTAL Y PRÁCTICAS LABORALES EN TRABAJADORES DE UN
PROGRAMA DE TB EN UNA ESE DE BAJA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE
SANTIAGO DE CALI

PROYECTO DE GRADO

SANDRA MELISSA BOLAÑOS ARAUJO

Asesor de Investigación

OMAR BRAVO

UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI

2018

Contenido	
Introducción	3
Marco teórico	6
Salud mental: definición y perspectivas	6
Trabajo	12
Relación salud mental-trabajo	17
Sociedad, comunidad, bienestar y salud mental	19
Metodología	23
Resultados	25
Análisis por categorías:	28
Conclusión y discusión	41
Referencias	43

Salud mental y prácticas laborales en trabajadores de un programa de TB en una ESE de baja complejidad en la ciudad de Santiago de Cali

Introducción

Aunque actualmente y desde la sociedad industrial durante el curso de su vida las personas se desenvuelven en diversos espacios sociales, una de estas esferas que se ha mantenido en un lugar central es la del trabajo. Esta ha sido reconocida en múltiples ocasiones como uno de los ámbitos más importantes en los que se desarrollan la vida, por la cantidad de horas semanales que se dedican a esta actividad, que en Colombia son un promedio de 42,2, (Oficina Internacional del trabajo, 2016), y porque es allí donde se dan la mayor parte de las interacciones con otros, además de ser el espacio en donde se pueden desarrollar habilidades y encontrar realización personal (Cassinelli, 2010, pág. 5).

Por lo anterior, se puede entender que también sea uno de los temas más frecuentes de estudio desde diferentes campos. En este sentido, se encuentran investigaciones que van desde lo más técnico de las múltiples profesiones existentes hasta acercamientos reflexivos sobre el lugar que ocupa el trabajo en las sociedades modernas y los cambios que han ocurrido, además de posibles configuraciones futuras. Específicamente, desde hace un tiempo el estudio de la relación existente entre las personas y su trabajo se ha enfocado en la comprensión de los efectos y consecuencias que el segundo puede tener sobre el estado de salud de los trabajadores, convirtiendo así el espacio, las labores y todo aquello que incluye el trabajo en una fuente posible de malestar o afecciones, tanto en la salud mental como física. De esa manera, y en respuesta al interés que se ha generado en el estudio de este tema, han aparecido enfoques como la medicina del trabajo, la salud en el trabajo y la

psicología organizacional, entre otros (Jaramillo & Gómez, 2008), los cuales se han encargado de estudiar esta relación, buscando conocer cuáles son las causas de estos malestares y de qué manera se expresan en los ámbitos físicos, psíquicos y sociales en los que se encuentra la persona, en diversas profesiones y organizaciones, proponiendo de igual manera planes de acción para la prevención y solución de estos malestares. De esta forma, se encuentra que estas problemáticas son frecuentes, aunque más enfocadas en el hecho de que generan pérdidas económicas tanto por el costo que tienen en cuanto a servicios médicos como en la disminución de productividad en las organizaciones.

Aun así, al hacer una revisión bibliográfica, se puede observar que un grupo de trabajadores que no ha sido estudiado debidamente es el de los mismos trabajadores de la salud. Aunque existen investigaciones y se reconoce que son un grupo poblacional en riesgo de enfermedad por las condiciones de su labor, estos acercamientos se han basado en los peligros biológicos y físicos relacionados con la manipulación de instrumentos contaminados o químicos peligrosos, de acuerdo con la aproximación biomédica que sigue vigente en la investigación y pensamiento sobre la salud tanto mental como física (Quezada et al, 2014; Del Carmen et al, 2005; Díaz-Realpe et al, 2007; Junco Díaz et al, 2006; Romero, A. B., 1998). Dejando a un lado otros factores que pueden tener una mayor influencia sobre los trabajadores y su bienestar en el trabajo.

Considerando la limitación teórica anterior, y el que las características de las labores que estas personas llevan a cabo son distintas a las de otras profesiones u oficios, por lo que no es posible la generalización de los hallazgos hechos en base a otras profesiones, se plantea así la necesidad de indagar más sobre las condiciones particulares en las que los

trabajadores de la salud desarrollan sus labores y de qué manera estas se relacionan con afecciones de su salud mental, tema que no se ha explorado a profundidad.

Con esta consideración presente, se presentará la investigación realizada con el propósito de conocer las prácticas laborales que afectan la salud mental de los trabajadores de la ESE Ladera de Cali y sus efectos, en el grupo de trabajadores inscritos al programa de Tuberculosis, para lograr la mejor comprensión sobre los posibles riesgos que corren y poder así plantear estrategias de intervención que promuevan su salud mental. Así, el texto presentará primero las definiciones teóricas y conceptuales que guiaron la investigación, en los temas de salud mental, trabajo y la relación entre ambas. Después, se hablará brevemente de la metodología implementada, pasando a la presentación de los resultados obtenidos y terminando con el análisis de estos.

Para este estudio, la pregunta de investigación es ¿Cuáles son las prácticas laborales que afectan la salud mental de los trabajadores de ESE Ladera de Cali del programa de tuberculosis y sus efectos?

Los objetivos específicos serían:

1. Caracterizar cuáles son las prácticas laborales que afectan la salud mental de los trabajadores de la ESE Ladera de Cali del programa de tuberculosis y sus efectos
2. Identificar la relación entre estas prácticas y los recursos teóricos y técnicos utilizados en el desarrollo de las mismas.
3. Proponer formas de autoorganización que permitan identificar e intervenir sobre dichas prácticas, como forma de disminuir sus efectos perjudiciales para la salud mental de esta población.

Marco teórico

Salud mental: definición y perspectivas

En este primer apartado se hablará de la salud mental como concepto, buscando presentar un panorama general del desarrollo teórico que ha tenido y las perspectivas actuales, enfocándose en cuales son los componentes y la visión sobre salud o enfermedad que se proponen. Para esto, primero se hará un breve recuento histórico de las diversas interpretaciones existentes sobre la salud mental, que han tenido una fuerte conexión con la visión médica dominante en cada época, partiendo del texto que hace Álvarez (2002) sobre las representaciones sociales de la enfermedad presentes históricamente. Después, se seguirá una ampliación sobre el concepto de salud mental, desde diversas perspectivas, en especial, la psicología de la salud.

Con el paso del tiempo han existido diferentes enfoques y definiciones sobre lo que es la salud mental, como se debe llegar a ella, de qué manera debe ser diagnosticada y quienes son los encargados de hacerlo. Estos cambios han estado unidos fuertemente con las concepciones de la época sobre la salud en general, por lo que un breve recuento de las creencias sobre salud y enfermedad, basado en lo expuesto por Álvarez (2002) se hace interesante e importante para entender las posibles creencias que se mantienen vigentes hoy en día.

En primer lugar, según el orden cronológico que plantea el autor, están las creencias marcadas por elementos mágico-religiosos, en las cuales se sostenía que las enfermedades o desastres eran provocados por una entidad divina a la cual se había enfurecido. De esa manera, estas entidades eran las únicas que tenían el poder de curar o enfermar a las

personas, prestando sus poderes o siendo persuadidas a través de ciertos rituales definidos, cada uno con un propósito diferente y que eran conocidos solamente por un grupo de personas a quienes se recurría en casos de enfermedad. Se trataba de una perspectiva que ponía la responsabilidad por la salud en manos de la sociedad en general, en un sistema basado en tradiciones y respeto por la fuerza de lo desconocido.

Por otra parte, en el desarrollo posterior de las creencias, se continúa con la atribución de estos estados a una fuerza divina, pero en este caso más unido a la solidificación del cristianismo. De esta manera, aparece la visión de enfermedad-pecado, basada en la idea de enfermedad como castigo por los pecados cometidos. Aunque también existía como medio para que las personas creyentes lograran obtener la salvación a través de la beneficencia y el altruismo, cuidando a los enfermos y mostrando compasión con su condición. Con estas creencias se concentró el poder de curación en los santos, a los que se les asignaba una especialidad y con los cuales se contactaba con la ayuda del cura o sacerdote. Así pues, las autoridades religiosas obtuvieron el poder y el conocimiento necesarios para curar, invalidando otros saberes, incluido el médico, sobre las enfermedades. También es de resaltar que estas creencias implicaban que los enfermos mentales se considerarían poseídos por el demonio, por lo que su tratamiento consistía en el aislamiento, la flagelación y el exorcismo.

Con el Renacimiento, las creencias anteriores fueron cuestionadas tanto por la ciencia como por nuevas corrientes religiosas, resultando en la afirmación de los conocimientos y la aproximación científica para el tratamiento y diagnóstico de las enfermedades. Después de esta época y con la llegada de revoluciones políticas e

industriales en Europa, se producen fuertes y profundas transformaciones en las estructuras de poder social, de manera que al Estado se le asignan nuevas funciones, entre estas la responsabilidad por la salud de los habitantes. Esta nueva función se llevó a cabo utilizando principalmente los diferentes datos estadísticos sobre la población, posicionándose la salud pública como prioridad en gran parte debido a la preocupación por la pérdida de productividad que generaban las enfermedades. Así, la salud y la enfermedad tenían importancia en cuanto a que sus efectos se veían reflejados en la economía y la producción de la nación (Álvarez, 2002).

Adicionalmente, se deja de pensar en los enfermos como pecadores, quienes se encuentran en su condición como castigo por sus pecados; desde este momento histórico, cualquier persona puede caer enferma, más allá de sus creencias, ya que se entiende que las enfermedades no son castigos divinos, sino que se adquieren a través del contagio por microorganismos, característica que también explica las enfermedades mentales, aunque no se conozcan cuáles son los causantes específicos. Esto último, acompañado de las nuevas organizaciones sociales más racionales, resultó en la implementación pública de estrategias de limpieza e higiene, con el propósito de aumentar las riquezas, al evitar la pérdida de producción por enfermedades. Por otra parte, la nueva racionalidad implicó que se considerara que la salud y su tratamiento eran competencia exclusiva de los médicos, quienes tenían el saber para controlar las enfermedades y fomentar la salud, otorgándoles la autoridad para involucrarse en todos los ámbitos de la vida cotidiana, con tal de prevenir cualquier enfermedad (Álvarez, 2002).

Con todo lo mencionado anteriormente, se formó lo que se conoce como el modelo médico de la enfermedad, el cual se basa en los fundamentos científicos y la práctica empirista a partir de considerar que el origen de las enfermedades es puramente orgánico, dejando de lado cualquier aporte que pueda hacer una ciencia social, al considerar otros factores diferentes al biológico. Su enfoque es principalmente curativo-remedial, es decir, se encarga de entender la manera en que las enfermedades funcionan para así poder combatirlos cuando una persona se encuentre enferma, mas no teniendo en cuenta medidas preventivas.

Con el establecimiento de esta visión, la profesión médica se posicionó socialmente como la única con poder frente a la enfermedad y los enfermos, se excluyó a todo aquel que no fuera médico de dar su opinión frente a todo aquello relacionado con la salud, y los pobres y desamparados perdieron la posibilidad de acceder a los servicios médicos, debido a su alto costo económico. En los casos en que el Estado intervenía en la salud esto se daba por el deseo de evitar la pérdida de riquezas. Así, con ayuda de los nuevos datos sobre tasas de mortalidad, natalidad y, en especial, las de enfermedad según edad, se generaron mecanismos de control social para evitar que las poblaciones involucradas en la producción y la industria enfermaran, manteniendo las ganancias del Estado y las empresas intactas.

Actualmente, se ve que estas creencias no están tan fuertemente establecidas y no continúan siendo un monopolio, ya que en los casos en los que los avances médicos no logran explicar o curar algunos de los nuevos males que afectan a las personas, suelen aparecer con facilidad creencias mágico-religiosas, las cuales proveen a las personas una

explicación y tratamientos alternativos, que a menudo ofrecen más esperanzas que la visión médica.

Como se mencionó anteriormente, el modelo médico como paradigma dominante en la comprensión de la salud y la enfermedad implicaba el destierro de otras perspectivas, en especial las sociales. Se obtiene así una visión organicista e individual, que ignora factores más allá de las características propias de la persona en la manera en que se entienden las enfermedades y su tratamiento. Esto imposibilitaba que una gran parte de la sociedad, por sus condiciones socioeconómicas, pudiera acceder a los cuidados necesarios para mantener un buen estado de salud, ya que estos eran responsabilidad de cada persona y tenían un elevado costo económico. En respuesta a la poca efectividad de este modelo para promover significativamente la salud de las personas y comunidades, de una forma económicamente accesible para una gran parte de la sociedad, en especial quienes tienen menores recursos (Calatayud, 1999, pág. 60), se plantea el enfoque de la Psicología de la salud se plantea como una opción diferente al modelo biomédico dominante en los servicios sanitarios desde aproximadamente el renacimiento. El cual buscaba además evitar la dependencia por parte de las comunidades del personal profesional de salud en la atención y promoción de la salud, reconociendo la importancia de los conocimientos propios de estas y descartando la idea de que los profesionales de la salud son los únicos que cuentan con el saber y los instrumentos necesarios para el tratamiento de la salud y la enfermedad.

La perspectiva propuesta por la Psicología de la salud (Calatayud, 1999; León Rubio & Medina Anzano, 2002) sobre el proceso salud-enfermedad, al tener una visión más amplia, que reconoce la multicausalidad del estado de salud de las personas, se hace

muy valiosa para comprender de qué manera los trabajadores de la salud se ven influidos por diversas fuentes potenciales de malestar o bienestar.

Esta aproximación, como se expone en Calatayud (1998) y Rubio & Medina (2002), se opone a muchos de los principios del modelo anterior, dejando de lado el enfoque en los procesos de enfermedad y afección y la visión de la enfermedad como tan solo una respuesta fisiológica del organismo frente a un agente externo y dañino, para pasar a resaltar la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta las necesidades y posibilidades de las comunidades e involucrándolas activamente en acciones hacia la mejora de la salud.

Por eso, esta perspectiva permite, al considerar la influencia de los muchos factores que afectan o benefician la salud, una mejor comprensión de cómo ésta se da y de qué manera se puede intervenir en una comunidad de forma tal que se logre un cambio permanente y autónomo en ella que promueva la salud de sus miembros.

En parte debido a las consideraciones planteadas por perspectivas nuevas y a partir del reconocimiento de que la salud mental depende de muchos factores (Galende, 1997, pág. 31), que varían culturalmente e imposibilitan la formación de una sola idea clara y generalizada de esta, la definición de la salud mental ha sido un tema muy discutido. Actualmente, la salud mental se ve, al igual que la salud en general, como un proceso que va desde la salud a la enfermedad con distintos niveles en medio. Sin embargo, es importante resaltar que también se ha llegado a considerar que una salud, tanto mental como física, completa es imposible de lograr, y en cambio se plantea que se logra un estado de equilibrio más o menos aceptable para la persona. Teniendo todo esto en cuenta, la

Organización Mundial de la Salud (2001, pág. 1) propone definir la salud mental de manera positiva, como:

“un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”

Este estado de bienestar se origina en el equilibrio entre factores sociales, psicológicos y biológicos. De esta manera, se hace relevante considerar no solo las afecciones físicas y psicológicas que la persona pueda tener y que le generan malestar, sino también las condiciones sociales en las que se encuentra y los mecanismos de afrontamiento frente a estas, sin dejar de lado la importancia de la comunidad como proveedora de apoyo o, al contrario, como fuente de malestar, al promover o mantener comportamientos y/o creencias que no benefician la salud de sus miembros. Con estas ideas, se proporciona una visión más allá de la sola ausencia de enfermedad como determinante de salud mental, hacia una consideración de otros factores que pueden generar malestar en las personas y ampliando el campo de acción para incluir otro tipo de dificultades, entre esto el estudio de la manera en que las diversas actividades cotidianas tienen una influencia en el estado de equilibrio de cada persona.

Trabajo

Como ya se ha dicho anteriormente, dentro de las diversas esferas de las vidas de las personas, el trabajo ha ocupado un lugar privilegiado como uno que no solo demanda gran parte del tiempo del día, sino también como un gran determinante de la identidad e posición

social, además de ser el medio para conseguir recursos económicos (Cassinelli, 2009; Peiró, 1996).

Sin embargo, no es fácil obtener una definición clara y concisa sobre qué es, ya que las definiciones propuestas dependen en gran medida de las condiciones históricas, sociales y políticas desde las que se hable. Por esto, según si se consideran tan sólo los aspectos técnicos o si en cambio se tienen en cuenta los factores interrelacionales, las condiciones del espacio o el tipo de acciones que se realizan, si se obtiene un resultado tangible al final de proceso o no, se generan diversas concepciones sobre lo que es el trabajo y de qué manera es entendido por las personas que lo realizan.

Teniendo en cuenta que las concepciones sobre el trabajo cambian de acuerdo con la época, es posible hacer un recuento breve sobre las diferentes maneras en que se ha concebido el trabajo a través del tiempo, basándose en lo escrito por Cassinelli (2009) y Peiró (1996), quienes plantean el trabajo como una actividad presente desde la etapa primitiva del hombre, en cuanto a que era una necesidad para la supervivencia, que requería la realización de un esfuerzo. Por otra parte, en las civilizaciones antiguas, griegas y romanas, el trabajo manual era considerado denigrante y como deber tan solo de los esclavos, valorando la reflexión mental, el ocio y la contemplación como actividades dignificantes del hombre. En la Edad Media, continúa presente la anterior concepción, aunque se diferencia entre el saber y el hacer. Aunque a finales de este momento histórico, debido a la consolidación del cristianismo como religión dominante, se empieza a ver el trabajo como un medio para lograr la redención, siendo así posible exculpar las culpas y el pecado a través de la disciplina y el esfuerzo físico que implica. Durante la Edad Moderna,

el trabajo es entendido desde su función económica, como medio para conseguir los recursos necesarios para sobrevivir, volviendo a constituirse como una necesidad del ser humano. Con la Revolución Industrial, en la Edad Contemporánea el trabajo es una prolongación del funcionamiento de las máquinas, limitándose a la facilitación de la marcha de ellas, las tareas del trabajo humano se resumían en la realización de tareas rutinarias y específicas, simples y repetitivas, estableciendo el modelo de organización técnica de la producción y el trabajo de producción en línea como las técnicas más eficaces para la industria, al eliminar la posibilidad de error humano con la restricción de la intervención que podían tener los trabajadores. Esta organización del trabajo tuvo críticas, debido a que no solo eliminaban el error humano sino cualquier tipo de aporte que pudiera tener la persona, reduciéndose su actividad intelectual y creativa en el trabajo.

Con todas estas concepciones y a pesar de las dificultades teóricas, existe un acuerdo en cuanto a que “el trabajo como actividad transformadora sigue siendo relevante en la vida de las personas como organizador social y referente de inclusión” (Castel, 2000, en Rentería, 2009, pág. 31).

Actualmente, el trabajo cumple con varias funciones sociales, entre las que se encuentran, según Peiró (1996), la función integrativa o significativa, la función de proporcionar estatus y prestigio, ser fuente de identidad personal y de oportunidades para la interacción y los contactos sociales, una función económica, función de estructurar el tiempo, de mantener al individuo bajo una actividad más o menos obligatoria, de ser fuente de oportunidades para desarrollar habilidades y destrezas, de transmitir normas, creencias y

expectativas sociales, de proporcionar poder y control, y, por último, una función de comodidad.

Sin embargo, es importante resaltar que en las últimas décadas se han observado cambios importantes en las sociedades, las cuales tienen efectos en los diversos ámbitos de la vida, incluyendo el trabajo. Sabiendo que estas transformaciones “dejan su impronta en la subjetividad y ubica a estas instituciones como el escenario donde el sufrimiento humano se hace presente” (Augsburger, 2002, pag. 67), el foco de estudio se ha llevado hacia las maneras en que los cambios sociales están modificando las instituciones tradicionales y que efectos ha tenido esto, siendo los principales lugares en los que se hace evidente el sufrimiento de las personas. En gran parte, los avances tecnológicos han modificado las perspectivas sociales sobre el trabajo y las políticas que los rigen en cada país. De esa manera, se ha generado un ambiente en el que la velocidad, la flexibilidad y la capacidad de adaptación son las características más importantes de los trabajadores, además del cambio hacia una sociedad de conocimiento, en la que ya no ocupan el papel principal de la economía la producción y la industria sino los servicios, moviendo el foco de la producción de objetos tangibles hacia la prioridad de la prestación de servicios, que no dejan un producto tangible.

De esa manera, “son cada vez más las profesiones que se desarrollan en el contacto humano con un público que impone demandas, tareas y habilidades específicas, aunque también malestares. Tal es el caso de las que se hallan vinculadas a los servicios médicos” (Román, 2003, pág. 103). Dentro de las investigaciones actuales, se reconoce que el trabajo en salud se caracteriza por la exposición constante a condiciones laborales en las que tienen

que lidiar frecuentemente con el sufrimiento de otros, la muerte, además de la sobrecarga de tareas, turnos dobles o nocturnos, y los riesgos de contracción de enfermedades graves, haciendo de estos trabajadores un grupo un nivel alto de vulnerabilidad (Vélez et al, 2009; Rodríguez, Fernanda, Rozo, Milena, & Velasco, 2015).

En concreto, las labores de los trabajadores de la salud implican exposición a los siguientes factores de riesgo, planteados por Romero (1998): factores de riesgo biológico (contacto con elementos contaminados por fluidos corporales), factores de riesgo químico (uso de sustancias químicas tanto como parte de tratamientos como en el espacio de trabajo), factores fisiológicos o de sobrecarga física (lesiones o afecciones ocasionadas por sobreesfuerzos físicos), factores sanitarios (limpieza de los espacios para evitar contagios o condiciones perjudiciales para la salud), factores físicos (condiciones de ruido, exposición a radiación, mala iluminación y ventilación), factores mecánicos o de riesgos de accidentes (estructura y diseño arquitectónico de los lugares de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes) y factores psicosociales (se refiere a todos las condiciones no físicas como el clima organizacional o las percepciones personales sobre la carga de trabajo).

En Colombia, además de estas condiciones, en las últimas décadas se han dado cambios importantes en la legislación sobre cómo se proveen los servicios de salud a partir de la ley 100 de 1993. Estas modificaciones tenían como propósito “modernizar el Estado con el fin de garantizar una mayor eficiencia del gasto público y la calidad de los servicios públicos” (García Álvarez, 2007, pág. 145), a través de un modelo basado en la competencia y el mercado, ya no en el Estado de bienestar. Así, “el nuevo papel del Estado

en la salud ya no consiste en financiar la operación de los hospitales públicos sino en comprar seguros de salud para la población pobre y regular los mercados del aseguramiento” (García Álvarez, 2007, pág. 145). Con esto, los hospitales públicos pasan a ser Empresa Social del Estado, como organizaciones autónomas en cuanto a los manejos internos de los recursos y la oferta de servicios, situación que se planteó para que al cumplir con las necesidades de los clientes por encima de otros proveedores privados estos continuarán en la institución y esta pudiera ser autosostenible económicamente. De esa manera, se modificaron también las dinámicas internas de los antiguos hospitales, en cuanto a la forma en que los trabajadores percibían a la institución, su rol como profesionales de la salud y cómo se relacionaban con sus compañeros y directivos.

Relación salud mental-trabajo

Si se tiene en cuenta como subraya la OMS (2001, pág. 1) que “la salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad, y los valores culturales” y que para Galende la salud mental como campo se ocupa de “las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y su comunidad” (1997, pág. 31), se le puede otorgar una relevancia importante al trabajo, debido al papel que juega en las vidas de las personas, que va desde ser base de la identidad a ser una de las actividades en las que se gastan mayor cantidad de tiempo y esfuerzo, y a las relaciones que se dan en este, pasando del análisis de las características individuales de cada trabajador que lo hacen más vulnerable a sufrir a causa de su profesión o las del ambiente solamente como factores de riesgo físico.

La relación entre la salud mental y el trabajo ha sido planteada anteriormente como tema de investigación, buscando identificar cuáles son aquellos trabajadores más vulnerables y cuáles son algunas de las características de su labor que generan malestar. Recientemente, se nota un enfoque predominante en el concepto de Burnout (Maslach, 1986), como un término que parece denominar de manera clara cuáles son los efectos perjudiciales que tiene el trabajo en la salud mental de los trabajadores en general, dejando de lado la especificidad de riesgos y condiciones a los que se exponen y que pueden tener un efecto más pronunciado. Otras perspectivas que dominan actualmente la investigación sobre el trabajo son el modelo demanda-control, planteado por Karasek (Juárez García, 2004, pág. 192) y la psicodinámica del trabajo planteada por Dejours (Silva Peralta, 2006, pág. 62).

Por su parte, la psicología de la salud, también se ha enmarcado en estas tendencias de investigación sobre los efectos perjudiciales del trabajo y los estilos de vida que este implica, aunque no se da un enfoque de investigación sobre los trabajadores de la salud específicamente.

En todas estas investigaciones, se ha planteado que algunas de las condiciones que hacen que el trabajo sea un espacio promotor de la salud mental, es que proporcione el sustento necesario para suplir las necesidades básicas de la persona y su familia, que se muestre preocupación por las seguridad de ellos, ofreciendo un clima de trabajo en el que se facilita la identificación con el trabajo y la organización, a través de un ambiente de confianza, respeto y apoyo, en el que sean reconocidos por sus labores y que tengan

oportunidades para desarrollar habilidades y potencialidades (Trucco, 2004, pág. 186).

Además, se identifica que

“La salud de los trabajadores-de-la-salud no es un problema individual sino colectivo, en virtud de que el trabajo se efectúa en cooperación y relación con otras personas, que pueden realizar la misma o similar tarea, hacer labores complementarias o integradas, o que tienen diferente jerarquía dentro del organigrama institucional. La cooperación es condición para el trabajo en equipo o en forma interdisciplinaria. (Silva Peralta, 2006, pág. 62).

Por ese motivo, a continuación, se ampliará sobre este aspecto social de la salud mental en relación con el trabajo.

Sociedad, comunidad, bienestar y salud mental

Debido a la concentración de las investigaciones en los factores relacionados con los peligros físicos y químicos, en oposición a los factores psicosociales, junto a la misma ambigüedad de la definición dada, es apropiado ampliar sobre los factores de riesgo psicosocial, los que se pueden considerar como “condiciones presentes en situaciones laborales relacionadas con la organización del trabajo, el tipo de puesto, la realización de la tarea, e incluso con el entorno; que afectan al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras” (Gil-Monte, 2012, pág. 238)

Si se considera que una institución funciona como un tipo de comunidad, es importante pensar en las características específicas que tienen éstas que pueden tener un

efecto en la salud mental de quienes la componen. Además, considerando que la salud mental es un estado de bienestar que depende del equilibrio de los factores

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace válido considerar algunos de los planteamientos hechos por Prilleltensky (2004, en Moreno, 2004) sobre bienestar y justicia como aspectos esenciales para la configuración de una sociedad justa. Este autor propone que “el bienestar depende del reparto equitativo de los recursos” (Prilleltensky, 2004, p. 14) y de la interacción y sinergia de factores personales, relacionales y colectivos. De esa manera, el bienestar se alcanza a través del cumplimiento de las necesidades psicológicas de esperanza, optimismo, estimulación intelectual, crecimiento cognoscitivo, dominio, control, salud física, bienestar mental, sentido y espiritualidad, en las relaciones que se tienen con los otros, ya que se tratan de factores que no se pueden conseguir en aislamiento y depende en gran parte de las estructuras de poder y jerárquicas en las que el sujeto se encuentra involucrado. En cuanto a la justicia, Miller (1999 en Moreno, 2004) la define como “la justa y equitativa asignación de cargas y poderes en la sociedad” (p. 22) y ésta se basa en las necesidades, los méritos o la igualdad que presenten los individuos o grupos sociales. Para Prilleltensky (2004) la justicia depende del poder, ya que es éste el que definirá el criterio de justicia y el posible cambio de este mismo, en pro de una mejor distribución. Para resumir estos dos aspectos, el autor presenta una tabla, en la que se relacionan ambos y se mencionan algunas de sus expresiones en los ámbitos personal, relacional y colectivo, con la que se puede llevar a cabo un análisis de las posibilidades de una sociedad o espacio social de fomentar el bienestar en quienes participan en ellas.

Tabla 1: Relación entre bienestar y justicia en los dominios personal, relacional y colectivo. (Tomada de: Prilleltensky, 2004, pág. 26 en Moreno, 2004)

El bienestar aumenta por la satisfacción balanceada de las siguientes necesidades:	La justicia aumenta al tener el poder, la capacidad, y la oportunidad para:
Personal	
Control y autodeterminación	Experimentar voz y elección a través de la vida
Dominio, aprendizaje y crecimiento	Experimentar eventos que aumentan la estimulación y crecimiento diseñados para satisfacer necesidades únicas
Esperanza y optimismo	Experimentar eventos positivos en la vida y evitar la desesperanza aprendida
Salud física	Tener acceso a comida nutritiva, techo, seguridad y atención en salud preventiva y primaria de alta calidad
Salud psicológica	Comprometerse en relaciones de apoyo, evitar las abusivas y tener acceso a recursos que aumentan el bienestar
Sentido y espiritualidad	Explorar la trascendencia y sentido de la vida libre de represiones ideológicas
Relacional	
Cuidado y compasión	Experimentar relaciones nutritivas libres de abuso físico, emocional o psicológico
Afecto, vinculación y apoyo social	Comprometerse con otros en relaciones de apoyo mutuo
Solidaridad y sentido de comunidad	Compartir experiencias con miembros de la comunidad, sin normas de conformidad opresoras
Respeto por la diversidad	Ser un participante activo en la vida de la comunidad y oponerse a la pasividad
Colectivo	
Igualdad	Luchar por, buscar y beneficiarse de una justa y equitativa distribución de recursos, obligaciones y poder en la sociedad
Libertad	Buscar y beneficiarse de la libertad individual y colectiva, sin restricciones indebidas impuestas por otros individuos o colectivos
Sustentabilidad ambiental	Beneficiarse de un entorno limpio y sustentador para la generación presente y para futuras generaciones, oponiéndose a las políticas que devastan el paisaje natural y construido

Estos factores se tienen en cuenta debido a su reconocimiento de elementos que promueven y propician el bienestar de las personas, más allá de si se trata de un análisis de la sociedad en general o de un espacio social específico. Además, porque permite un análisis más amplio de los factores que afectan a los trabajadores, saliendo del enfoque centrado en las características psicológicas de cada individuo, que ve como riesgo psicológico principal el “burnout” (Matamoros, s.f) o que se enfocan principalmente en el reconocimiento y prevención de riesgos como el contagio de enfermedades por pinchazos accidentales (Junco et al, 2006) y queriendo entender como todos los factores se relacionan para generar o impedir el equilibrio necesario para obtener un estado de salud mental. También, permite pensar el bienestar en términos positivos, lo que podría facilitar la identificación de las necesidades y la formulación de estrategias diseñadas para cubrir estas, logrando una mejora en el bienestar de los trabajadores. Por lo anterior, se puede considerar que un análisis de este tipo se enmarca dentro del modelo de reivindicación institucional (Morales y Lira, 2000, en Guerra et al, 2011, pág. 320), ya que este se trata del análisis crítico de las condiciones institucionales en las que se desarrolla la labor del profesional y que influyen en su estado de desgaste o satisfacción laboral. Aunque también se consideran las percepciones personales de los trabajadores y las relaciones entre ellos como factores que tienen repercusiones en su salud mental.

Metodología

Para lograr el objetivo planteado de caracterizar cuáles son las prácticas laborales que afectan la salud mental del grupo de trabajadores del programa de tuberculosis y cuáles son los efectos que tienen, se considera necesario partir del relato de los mismos trabajadores y lo que ellos perciben como riesgos en sus labores.

De esa manera, la investigación se plantea con un diseño cualitativo, obteniendo la información a través de entrevistas a profundidad con 6 trabajadores con una permanencia mínima de un año en el programa, de los diferentes centros de salud y hospitales que componen la ESE ladera. Todas las entrevistadas fueron seleccionadas de una base de datos proporcionada por la institución con información de todos los trabajadores que cumplían con el requisito de estar en el programa por mínimo un año. Se utilizó una guía de preguntas, aunque según la información que fuera proporcionando el entrevistado se podían agregar u omitir algunas. Se realizaba el contacto con ellas a través de correo o celular, explicando brevemente el propósito del estudio y la manera en que participarían, si aceptaban. Después, se agendaba una cita con ellas para la realización de la entrevista. Se

comenzaba con la firma del consentimiento informado para luego proceder a la entrevista en sí, empezando por los siguientes datos sociodemográficos: edad, escolaridad, cargo, antigüedad en la institución, años laborados, tipo de público que atiende, tipo de contrato, estado civil y tiempo de dedicación en el programa. La guía de entrevista se planteó en base a tres categorías, aunque las preguntas de cada una no se realizaron de acuerdo con este orden. Así, las categorías planteadas fueron:

- **Prácticas laborales y efectos:** Con las preguntas sobre este tema se pretende indagar sobre cuáles son las actividades que realizan los trabajadores como parte de sus labores, cuáles son las dificultades que les representan y de qué manera se expresa este malestar, según su percepción propia.

- **Factores externos:** En esta categoría se tendrán en cuenta cuestiones relacionadas principalmente con las relaciones con otros actores participantes en la prestación de servicios de salud, como lo son los entes gubernamentales, otras instituciones prestadoras del servicio, las aseguradoras y entidades promotoras, además de las condiciones en las que se da su trabajo, el acceso a otros recursos.

- **Salud mental:** Esta temática incluye los componentes que integran la salud mental, desde una perspectiva amplia, como los factores sociales y psicológicos. Así, se hace referencia a las características que se pueden considerar personales y que definen la manera en que responden a las tareas que se les plantean en su labor, como lo son la identificación de su rol, es decir, como lo define, cuáles son las funciones que le atribuye y de qué manera éste se relaciona con su salud mental. Adicionalmente, las creencias subjetivas de los trabajadores sobre la salud mental, las relaciones con los otros, tanto con

compañeros de trabajo, directivas, familiares y la comunidad en la que se encuentra la institución.

Resultados

Tabla 2: Datos socio-demográficos y generales de las entrevistadas.

Sujeto	T 1	T 2	T 3	T 4	T 5	T 6
Edad	50	47	33	26	45	44
Tiempo trabajando	28 años	22 años	8 años	8 años	21 años	22 años
En la institución	28 años	20 años	8 años	2 años y medio	20 años	12 años
Tipo de contrato	Nombrada	Servicios	Nombrada	Servicios	Nombrada	Servicios
Escolaridad	Técnico en salud	Licenciatura en preescolar; técnico en promoción de salud	Profesional-enfermería	Técnico - Auxiliar de enfermería	Profesional -enfermería	Técnico - Auxiliar de enfermería
Estado civil	Soltera	Casada	Soltera	Casada	Casada	Casada
Tiempo de dedicación al programa	50	50	100	100	100	100
Cargo	Promotora	Promotora	Directora de comuna; enfermera jefe	Auxiliar de enfermería	Enfermera jefe	Auxiliar de enfermería

Se realizaron en total 6 entrevistas a trabajadoras del programa de TB, con más de un año de permanencia en el programa. De estas, tres laboraban en la comuna 18 y tres de la comuna 20. Sus edades oscilaron entre los 26 años y los 50 años. Solo dos de ellas no refieren estar casadas y de ellas solo una no menciona tener hijos. Para quienes, si tienen hijos, estos figuran en sus relatos como un “motor” que las lleva a continuar trabajando y a

esforzarse por seguir aprendiendo, aunque la familia aparece en el discurso de todas como una fuente de apoyo.

En cuanto a tipo de contratación cuatro de ellas refieren estar nombradas en la institución, una de ellas desde hace poco tiempo. Este dato se hace relevante al considerar que este tipo de contrato parece no solo modificar el tipo de compensaciones a las que tienen acceso sino también muchas de las dinámicas del día a día del trabajo que realizan. Una de las entrevistadas, la trabajadora 4, que tiene contrato por agremiación, habla de cómo esto es la única falencia que encuentra con su trabajo actual: "Es un contrato que yo la verdad ni lo comprendo", "La ley dice otra cosa, aquí se cumple otra". Para ella, el que "la ley dice una cosa pero aquí se hace otra" en lo que se refiere más que todo a las vacaciones, que de acuerdo a la normativa deberían ser 15 días dos veces al año, es lo único que le disgusta, diciendo que si se le ofreciera un puesto de trabajo en el que se cumpliera con estas condiciones, ella lo tomaría, aunque lo haría para seguir trabajando en un programa de tuberculosis, a pesar de que refiere estar satisfecha con su trabajo y decir que se quedaría en la institución si no fuera por esto.

En el otro caso, de la trabajadora 2, ella lleva 27 años trabajando en la institución pasando de ser temporal a nombrada provisionalmente para actualmente ser contratada por prestación de servicios. Para ella el momento del cambio al contrato actual fue "muy duro", "estábamos en el auditorio y yo no quería salir", le preocupaba de esta situación lo que otros podrían decir y su edad, ya que como menciona ella tuvo la suerte de que la empresa la apoyara, pero otros de sus compañeros que vivieron este cambio no consiguieron trabajo de nuevo. Refiere que este cambio no modificó sus funciones o la manera en que la tratan

sus compañeros, que a veces si es duro cuando escucha a los otros hablar sobre sus vacaciones o la prima, pero que eso pasa.

En el último caso, el paso de trabajar como nombrada se acompañó de un cambio de cargo y una modificación radical de sus condiciones laborales. Ella solía estar a cargo de coordinar el programa de tuberculosis en las 39 comunas, encargándose de toda la labor administrativa. Durante este tiempo, ella empezó a enfermarse, debido a la sobrecarga de trabajo, las largas jornadas extendidas y la presión que ella misma se ponía para entregar todas las cosas inmediatamente, mencionando que su “soporte” en esta situación era contar con un equipo de otras trabajadoras que estaban en condiciones similares, cumpliendo las mismas funciones que ella pero en distintos programas, para ella saber que si tenía que extender la jornada era atenuado por saber que ellas también lo harían, además de que buscaban espacios para tomar un descanso, como el desayuno y momentos pequeños de pausa en la labores. En contraste, aunque el cambio de cargo no se dio debido al nombramiento, sino gracias a un cambio de administración que significó una redistribución de cargas, actualmente ella es capaz de realizar todas sus funciones hasta el punto de a veces preocuparse de haber olvidado algo cuando le queda tiempo de sobra en su jornada, sin tener que extender sus jornadas o trabajar días extras.

Por otra parte, es importante resaltar el que todas las participantes son mujeres, hecho que concuerda con lo observado en general en todo el sector salud, ya que como plantean García-Roa y Tapias-Torrado (2013), con base en datos obtenidos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, “la rama de servicios comunales, sociales y personales continúa siendo la principal fuente de empleo femenino con 34,8% de

mujeres ocupadas en el Total Nacional y 35,3% en las trece áreas metropolitanas” (p. 228). Según lo encontrado en este trabajo, esta distribución se puede ver relacionada con la tradición cultural de ver el trabajo en salud como “una extensión de los roles reproductivos y de cuidado, derivados de un rol materno asignado única y exclusivamente a las mujeres” (p. 228), la cual no solo le atribuye una mejor capacidad inherente a las mujeres para cuidar de los otros, de manera profesional o no, sino que también hace que se puedan considerar sus labores como menos importantes, justificando la discriminación que se puede encontrar en este sector, expresada en que, a pesar de que son más mujeres trabajando en general en el sector quienes tienen una mayor representación en cargos administrativos, aunque su proporción es menor. Igualmente, existe una brecha salarial, de manera que las mujeres tienen una menor remuneración aun cuando se ocupan los mismos cargos en comparación con lo que gana un hombre. Adicionalmente, puede hacer que exista una continuidad entre sus labores y los deberes del hogar, aumentando en general la carga de tareas.

Análisis por categorías:

Prácticas laborales y efectos: En general, todas ellas hablan de la importancia de la atención integral al paciente, considerando que el contacto con las personas es lo que más les gusta del trabajo, es el motivo por el que escogieron la profesión y lo que las mantiene en él, aun cuando no fue su primera elección.

T1: “Me gusta poder interactuar con las personas, empatizar con ellas escucharlas, entender a las personas y sus condiciones”

T2: Lo que más le gusta es “el contacto con la comunidad, ver que son iguales con diferentes circunstancias”, “Yo digo que esto ha sido una escuela increíble, porque aquí he aprendido a ser más persona, como te dije, yo llegué muy joven, aprendí a conocer el ser humano, a conocer una comunidad, a conocer unos compañeros, a esos seres humanos que tienen tantas cosas buenas y malas como yo”

T3: Cuando se decidió que carrera estudiar, escogió enfermería porque “hay más contacto con el paciente”, "Lo básico que no lo enfatizan tanto en la universidad es la humanización en la atención"

T4: “Ayudar a otras personas con dolor o que están enfermas y que uno con una inyección o con un medicamento puede quitar ese dolor o por lo menos que lo soporte” es lo que le llamó la atención de su profesión.

En relación con esta preocupación por los pacientes que atienden, ya que

T2: “El eje en este momento es la persona”

Uno de los aspectos de sus labores que les afectan son las dificultades que reconocen en la comunidad y en los pacientes, tanto por sus condiciones sociales como por la misma enfermedad, que sigue teniendo un gran estigma social y en ocasiones produce rechazo de parte de la familia y los profesionales de salud no involucrados en el programa.

T2: “Lo más difícil es la violencia que se está viendo en nuestra comuna, que a nosotras no nos afecta porque ellos nos respetan pero ver que la comunidad no puede bajar por las barreras invisibles o que roban”, “Ahí es donde uno se siente incapaz, manicruzado, porque hay veces hay cosas que se escapan de las manos, por ejemplo, lo que podemos

hacer aquí de salud, vaya y venga, pero cuando vas a las casas, cuando nosotros vamos a las casas, por eso es que nosotros peleamos tanto con los compañeros, porque ellos no saben dónde viven, no saben lo lejos que les toca venir, gente que le toca venirse a pie, porque no tiene para un carrito, venirse sin desayunar, hay veces sin almorzar a una cita, todo eso y además cuando llegas a una casa ver esos factores económicos tremendos, esas necesidades básicas que no tienen, yo digo que eso es lo más duro, y por eso es que nosotras peleamos tanto, porque si estamos en contacto con la comunidad y tenemos ahí la vivencia de la persona ahí”

T3: “La impotencia que se siente cuando uno está atendiendo a los usuarios, por ejemplo, en el caso de tuberculosis, y uno se ve tan limitado en tantas cosas porque uno se queda tan solo en la parte de salud, pero la limitación es inmensa a nivel de todo tipo”

T5: "Son pacientes con miles problemáticas mentales, por ejemplo, son depresivos, ansiosos, tienen muchas dificultades", "En la parte social hay un poco de rechazo", "Yo estoy en este programa por puro, no sé, porque nadie lo quiso aceptar"

De esa manera, dentro de las funciones que ellas resaltan como claves para lograr la recuperación de la persona, está el fortalecimiento de las redes familiares y sociales, además de satisfacer otras necesidades básicas, que le permiten formar el lazo de adherencia necesario para el cumplimiento del tratamiento.

T4: “A veces le cuentan a uno cosas que ni le dicen a la psicóloga o la trabajadora social, porque uno los ve todos los días y le tienen más confianza”

T5: "También se les da afecto", "Les traigo el refrigerio, yo misma lo hago", "Para que haya más empatía entonces ya el paciente, él se siente como comprometido personalmente y el paciente no falla"

T6: "Tiene uno que estar allí, encima de ellos, buscándolo, yo salía a terreno a buscarlos", "Ellos al ver de que uno, pues les tiene su coladita o de pronto les regala para el almuerzo entonces ellos miraban, sí, ese compromiso que uno tenía con ellos y ellos cumplían", "Le coge uno tanto cariño a los pacientes que uno empieza a mirar las necesidades que tienen, uno trata al máximo de mirar cómo le puede colaborar"

Dentro de sus funciones además del manejo médico de la enfermedad, ellas deben luchar contra diversos estigmas y prejuicios que existen socialmente y con las difíciles condiciones de vida que muchos de los pacientes tienen, ya sea porque están en condición de calle o por la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra el sector en el que laboran. Esto se relaciona con lo planteado por Labrocca y Méndez (2001, en: Juárez García, 2004, pág. 191):

"Frecuentemente la interacción del profesional con el receptor del servicio se centra en los problemas actuales de éste (en el campo de la salud, de la higiene mental, de las relaciones familiares, sociales o laborales), y los receptores vienen cargados con muy diversos sentimientos, tales como la preocupación, el miedo, el rechazo, la desesperación, entre otros" (Labrocca y Méndez, 2001).

En el caso de estas trabajadoras, ellas no solo se ven enfrentadas con las dificultades personales de sus pacientes, sino que también sienten la necesidad de lidiar con estas para

lograr que la persona se cure, no solo porque desean ver que los pacientes mejoren sus condiciones y puedan completar su tratamiento, sino también porque responde a las evaluaciones de desempeño planteadas por los organismo de salud y la institución.

T6: “Incluso yo me llevo el número de teléfono de mis pacientes, cuando de pronto le han hecho alguna remisión, los llamo, como le fue, que le dijeron, como ha estado”

Para ellas, el contacto con el paciente no solo es la razón por la que entraron a las diversas profesiones que tienen sino también lo que hace sus labores satisfactorias, lo que les da energía y las motiva para seguir con su trabajo. Es esta labor la que consideran como central, diciendo algunas que son “las niñas de la calle” haciendo referencia a sus labores de trabajo comunitario y las visitas que realizan o manteniendo un espacio para la atención cuando su cargo pasa a ser más administrativo y otras resaltando lo importante que es para que se cure el paciente lograr tener “empatía” con ellos, ser de confianza para ellos.

Sus dificultades están relacionadas en general con la vulnerabilidad de los pacientes, que les impide proveer la atención que ellos necesitan, ya que “no los aceptan” o en ver las condiciones de vida de estas personas, las que las hacen en ocasiones reflexionar sobre sus propias condiciones de vida y buscar los medios para contribuir a la mejora, así sea pequeña, de sus vidas. Con relación a esto, Román (2003, pág. 109), en cuanto a las fuentes de estrés más comunes en los trabajadores de la salud, encontró que: “sentir máxima responsabilidad en los resultados de la atención a los pacientes, bajo reconocimiento por parte de la población asistida, incertidumbre en el manejo de información con el paciente o sus familiares y cuidar de las necesidades emocionales de los pacientes”, funciones que todas ellas mencionan como parte de sus labores, por lo que se entiende el riesgo al que

pueden estar expuestas constantemente. De esa manera, cuando se unen los factores anteriores con otras dificultades como la sobrecarga de trabajo o problemas familiares, tienen reacciones como dolores de cabeza o la agravación de problemas previos de salud.

Factores externos: El otro factor social más amplio que aparecía en el discurso de las trabajadoras como uno que afecta sus labores es el de las políticas en salud y trabajo, los cuales ponen barreras al trabajo que se puede realizar.

T4: "Eso es una barrera administrativa, uno lo quisiera atender (...) si se le va a hacer algo tiene que pagar y sino tiene el dinero pues no se le puede hacer (...) me lo cobran es a mi"

Al hablar de que no pueden atender a algunos pacientes porque pertenecen al sistema de salud contributivo o diciendo que

T2: "Somos de la era en que se aplicaba atención primaria en salud, después de la ley 100 cambio"

Y resaltando también cómo afecta la atención la limitación de tiempo de citas. Resaltando el que "el trabajo y cómo este se lleva a cabo en las organizaciones está centrado fundamentalmente en las relaciones, en especial la relación entre la organización y sus empleados (Larson y Luthans, 2006 en Nader, Peña y Sánchez, 2014, pág.32), mostrándose en este caso, en general buenas relaciones entre los trabajadores y los directivos, en las que se cuenta con apoyo por parte de los jefes, quienes permiten un gran nivel de autonomía y libertad, con un alto nivel de confianza. Sin embargo, hay ciertos aspectos a mejorar, como lo demuestra el que una de las trabajadoras exprese descontento

frente a las condiciones de su contrato, el que otra haya tenido una sobrecarga significativa de trabajo por un periodo extenso y el que las acciones que realizan no sean reconocidas institucionalmente y que ellas no cuenten con un espacio para poder identificar las problemáticas y encontrar soluciones. Además, las trabajadoras tienen un cierto descontento con la actitud que toman algunos de los nuevos compañeros, quienes, para ellas no se “ponen en los zapatos” de los pacientes y no generan lazos cordiales con otros compañeros, situación que se da por la temporalidad de su estadía como en el caso de los médicos en servicio rural, cuya rotación es de solo un año.

En relación con la situación de tres de las trabajadoras quienes tuvieron cambios de cargo, que en dos casos significaron una disminución de la carga de trabajo y en el otro caso una modificación de su contrato y condiciones de trabajo. De acuerdo con García Álvarez (2007, pág. 153):

“los cambios en el rol laboral, por ejemplo, con el incremento de la carga laboral (administrativa), la menor interacción con los clientes, o la subordinación de la acción a los controles administrativos, llevan a que el trabajo no sea considerado una fuente de satisfacción”

Concordando con lo que refieren las trabajadoras, quienes tuvieron inconvenientes en los momentos en que se presentaron las situaciones, desde que por culpa de la sobrecarga tuvieron problemas de salud o que en el momento de cambio se sintieran paralizadas y preocupadas por su futuro.

T2: Sobre el momento en el que le anunciaron que cambiaría su contrato “Estábamos en el auditorio y yo no quería salir, además yo tan vieja ya, a mí me daba como esa este de que dirá la gente”

T3: “En este momento no, antes si sentía que estaba con mucha carga pero desde que tengo el nuevo cargo no (...) Salía muy cansada, dolores de cabeza, me empecé a enfermar porque empecé a hacer taquicardia sinusal, problemas de estreñimiento, algo de insomnio mucha ansiedad, el temor era no poder cumplir”

Por último, en cuanto a la falta de apoyo institucional que las trabajadoras perciben, por complicaciones en la atención de casos debido a la inexistencia de instituciones con la capacidad para proveer el cuidado que necesitan, es valioso lo planteado por Ortiz y Arias (2009, pág. 178), quienes dicen que:

“uno de los hechos que rodean a la salud pública en Latinoamérica, es que en muchas ocasiones los requerimientos de la población no pueden ser satisfechos con los recursos físicos y humanos existentes. Esta situación puede producir una sobrecarga laboral y niveles de estrés importantes en los funcionarios de salud lo que afectaría la calidad de vida laboral percibida y otras variables psicosociales relevantes en los contextos organizacionales.”

Así, es un factor adicional de riesgo el que sus funciones estén delimitadas de una manera en la que no encuentran opciones para casos especiales. O, en su defecto, la no existencia de políticas en salud que consideren las condiciones de trabajo actuales y busquen adaptarse a ellas, proporcionando otros elementos que

T5: "Que les dieran algo sería un buen incentivo" haciendo referencia a que el Estado proporcionará alimentos para los pacientes del programa.

T6: "Ni cuenta se dan", "Se les ha convertido todo en plata, [piensan] en hacer un cobro"

Por otra parte, debido a los cambios en las políticas que rigen la labor en salud, tanto en la manera en que se provee el servicio como en las condiciones de trabajo y la manera de acceder a los puestos, algunas mencionan molestias frente a las condiciones de trabajo y cómo estas influyen en las relaciones con compañeros:

T1: "Tenemos un personal que es asociado y es relativamente muy joven, es nuevo y de pronto con ellos la empatía no es tanta, porque nosotros venimos de otra escuela, donde éramos una familia"

T2: "Yo digo que nosotros somos de la era en que se aplicaba atención primaria en salud, después de la ley 100 cambio", "Está entrando mucha gente que no tiene el enfoque comunitario, no se colocan en los zapatos de la otra persona"

T4: "Lo hacen porque les toca no lo hacen porque quieren"

T5: "Es complicado cómo luchar entre los entes territoriales"

T6: "El problema es acá, que un año tenemos un médico y luego se van porque son rurales entonces no hay como una estabilidad con médico"

Además, de que no hay iniciativas desde las autoridades para cambiar la concepción que existe sobre la salud, promoviendo la prevención y promoción, rompiendo con la creencia de que solo se consulta cuando ya la enfermedad esté presente,

T5: “Llegan cuando ya no se aguantan el síntoma y quieren que sea urgente todo”

Hacia actitudes de autocuidado, que reconozcan la importancia del trabajo comunitario y educativo en salud, evitando enfermedades graves y por lo tanto, facilitando las labores de los profesionales.

Por otra parte, el que haya una división entre las actividades administrativas y la interacción con el paciente, de manera que una trabajadora pueda decir que todo aquello que ellas hacen para ayudar a mejorar la situación económica y social de estos pacientes no es reconocido, también permite identificar que la formulación de políticas en salud y de los diferentes protocolos que regulan sus acciones están separados de la realidad con la que trabajan estos profesionales, lo que los deja sin herramientas institucionales al momento de lidiar con una dificultad, poniendo más carga sobre ellos, en especial cuando se trata de acciones que ellas consideran claves para lograr que los pacientes se curen.

T5: “Que les dieran algo sería un buen incentivo”

T6: Sobre lo que hace para ayudar a los pacientes, dice que es: "Extra de lo que le toca a uno, a uno nadie le reconoce, tome plata para ellos ni nada de eso", "Ni cuenta se dan", “Se les ha convertido todo en plata, [piensan] en hacer un cobro”

Salud mental: En lo que respecta a la salud mental, en todas ellas se encuentra la consideración de la unión entre bienestar físico y mental, planteando que se debe encontrar

un equilibrio entre ambos, que estas esferas estén en armonía. Algunas reconocen la dificultad de que esta se logre por completo, pero cuentan con la ayuda de compañeras, familiares o de métodos propios,

T1: “Mi psicólogo es el espejo”

Para encontrar salidas en momentos de dificultad. Lo que concuerda con lo encontrado por (Juárez García, 2007, pág. 62) en trabajadores de diversas profesiones, quienes hacían referencia a sus capacidades propias para resolver sus problemas como un herramienta importante.

Aunque algunas no consideran que su trabajo tiene influencia, otras hablan de momentos en los que las condiciones laborales han tenido efectos sobre su salud, haciendo que se enfermen o qué condiciones previas se empeoren.

T2: “Me di cuenta porque me empecé a enfermar (...) todo lo que tenía se me empezó a alborotar, entonces yo decía dios mío algo está pasando”

T3: “Si, pues uno el 90% del tiempo está en el trabajo y casi toda la vida de uno se desenvuelve en el trabajo”, “En este momento no, antes si sentía que estaba con mucha carga pero desde que tengo el nuevo cargo no (...) Salía muy cansada, dolores de cabeza, me empecé a enfermar porque empecé a hacer taquicardia sinusal, problemas de estreñimiento, algo de insomnio mucha ansiedad, el temor era no poder cumplir”

T5: “No es el trabajo es el ser (...) el trabajo no es lo que te hacer ser feliz o no feliz”

Reconocen la importancia de hacer una separación entre sus vidas personales y su trabajo, de manera que las dificultades de una no tengan influencia sobre la otra, aunque reconocen que puede ser difícil y que necesitan la ayuda de otros, como familiares o compañeras de trabajo.

T2: “Mis problemas personales se quedan en la casa” “Uno tiene que medir hasta dónde se mete con el usuario, si se trata de algo de salud si se le orienta, cuando se trata algo de pareja o de la situación familiar se le comenta sobre psicología o trabajo social” “Yo le digo a mi esposo, “ay mira esa niña”, hay veces me dice “ya, ya, olvídate de eso, ya. Ya olvídate””.

T3: "En lo personal trato de que no interfiera con lo laboral" "Queda en la casa, trato de no mezclar", “Éramos cuatro como con las mismas funciones entonces entre las cuatro nos dábamos soporte”

T5: "No me puedo llevar los problemas de los pacientes"

Una manera de entender esto, puede ser retomando lo referido de (Prilleltensky, 2004, pág. 26 en Moreno, 2004) en cuanto a bienestar y las condiciones que lo propician en una sociedad. Teniendo en cuenta la tabla expuesta, se logra identificar que estas trabajadoras cuentan en la institución con condiciones que permiten satisfacer sus necesidades personales, relacionales y colectivas. Contando con autonomía, poder de decidir cómo llevar a cabo sus labores, aunque cuentan con una guía, con la oportunidad de participar en relaciones significativas con otros y posibilidades de aprendizaje en estas.

Sobre la manera en que identifican su rol y el motivo por el que escogieron sus profesiones, las trabajadoras refieren lo siguiente:

T1: “Me gusta poder interactuar con las personas, empatizar con ellas escucharlas, entender a las personas y sus condiciones”

T2: “El eje en este momento es la persona”

T3: Escogió estudiar enfermería “Porque hay más contacto con el paciente”

T4: Le llamaba del trabajo en salud “La prestación del servicio a la comunidad, ayudar a otras personas con dolor o que están enfermas y que uno con una inyección o con un medicamento puede quitar ese dolor o por lo menos que lo soporte”

T5: Eligió su profesión basada en que quería “Ayudar a los demás. (...) Direccionar la parte de salud, planeación implementación y control”

T6: Decidió estudiar auxiliar en enfermería “Por vocación, el servir”

Identifican su rol como uno enfocado en el paciente, en el servir y ayudar a que las personas mejoren, no solo su estado de salud sino sus condiciones generales de vida. Para ellas, más allá de sus saberes técnicos o profesionales, sus labores dependen de la vocación, que es lo que les permite ver al ser humano integralmente y no solo a su enfermedad, comprender a las personas y buscar ayudarlas. Con esta motivación, ellas buscan hacer sus labores de manera eficiente, con el propósito no solo de que los pacientes se curen, sino que también haya un cambio en sus vidas, que recuperen los lazos sociales perdidos. Mencionan sentirse mejor tanto cuando cumplen con sus labores como profesionales de la

salud, como cuando ven que esto tiene un efecto más allá de la condición física de los pacientes hacia una mejora de las condiciones de vida de ellos.

Conclusión y discusión

En conclusión, el trabajo de estas trabajadoras se enfoca más en aspectos que se salen de las funciones básicas de sus labores, basándose en sus conocimientos técnicos sobre la enfermedad y la manera en que se trata, pero necesitando más de sus propias habilidades personales. Aunque ellas cumplen con las labores de sus cargos, para que estén se hagan bien y puedan obtener un buen resultado, en este caso, que el paciente sea adherente y pueda curarse, se ven en la necesidad de cumplir otros roles, desde proveer recursos para suplir necesidades básicas, como darles algo de comer o elementos para que puedan asearse, también tienen que lidiar con otras dificultades sociales de estas personas, desde que sean habitantes de calle, consumidores de drogas o que sean discriminados en sus familias o comunidades por la enfermedad, mencionando algunas que en ocasiones ellas cumplen con labores de psicóloga y trabajadora social, escuchando las dificultades de sus pacientes y buscando la reconexión de sus lazos familiares y sociales. Aunque estas acciones se pueden entender como parte de su rol de servir, también es importante reconocer que es un factor de riesgo, ya que pone sobre una carga adicional de trabajo, al encontrar que están solas al momento de enfrentarse con estas dificultades, que no se les reconoce todo esto que hacen y que no cuentan con apoyo institucional que les pueda facilitar la solución de estas problemáticas.

Teniendo en cuenta todo lo presentado anteriormente, se plantea la necesidad de crear redes en las que las trabajadoras puedan encontrar el apoyo necesario para la

realización de sus labores, no de una manera que quite esta labor de sus posibilidades, que es una que valoran mucho y resaltan parte de lo que las mantiene en el trabajo, sino proporcionando el apoyo necesario en los casos que lo necesiten. Este tipo de redes, pueden darse entre las mismas trabajadoras de las diferentes comunas a través de espacios de reunión en los que tengan la oportunidad de reconocer estas dificultades y compartir los recursos que han encontrado en el desarrollo de sus labores. Permitiéndoles encontrar nuevas maneras de ayudar a sus pacientes a curarse y ser reconocidas por todo lo que hacen, que va más allá de la simple entrega de un medicamento o prestación de un servicio.

El funcionamiento a través de red, tendría efectos en tanto como plantea Barudy (2000, en Guerra et al, 2011) es “beneficioso dialogar con los colegas sobre las experiencias personales en el trabajo clínico”, además de que facilitaría la formación de lazo social con los otros, que para Galende (1997) hace parte de las necesidades sociales actuales, ya que la tendencia en formas de relación con los otros es a través de medios electrónicos o en el anonimato de estar en espacios compartidos sin interactuar con el otro, la existencia de espacios en los que se propicien lazos de reconocimiento del otro, de todo aquello que lo hace un otro diferente, posibilita la identificación de los rasgos propios del yo, encontrando las posibles fortalezas propias o nuevas formas de acción.

Referencias

1. Augsburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81, 61–75. Retrieved from <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n81a390.pdf>
2. Bianchini, M. (s,f) Síndrome de Burnout en personal profesional de salud. (n.d).
3. Caballero Martín, M. A., Bermejo Fernández, F., Nieto Gómez, R., & Caballero Martínez, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313–317.
4. del Carmen Martínez, M., del Valle Camacho, N., & Borges, A. (2005). Condiciones de trabajo y salud de las trabajadoras de un archivo de historias médicas. *Salud de los Trabajadores*, 13(2), 81-95.
5. Díaz-Realpe, J. E., Muñoz-Martínez, J., & Sierra-Torres, C. H. (2007). Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una institución prestadora de servicios de salud, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1), 64-75.
6. Galende, E. (1997). De un horizonte incierto: Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Paidós.
7. García Álvarez, C. M. (2007). El hospital como empresa: Nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Universitas Psychologica*, 6(1), 143–154. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n1/v6n1a14.pdf>
8. García-Roa, E. M., & Tapias-Torrado, L. (2013). Discriminación y exclusión de las mujeres trabajadoras del sector salud en Colombia-Empleo, un tema pendiente para avanzar en la equidad de género en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 226-248.
9. Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Pública*, 29(2), 237–241.
10. Guerra Vio, C., Platz, A. M., Bermúdez, A. N., & Vidal, N. R. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 319–328.
11. Jaramillo, V. A., & Gómez, I. C. (2008). Salud Laboral Investigaciones realizadas en Colombia. *Pensamiento Psicológico*, 4(10).
12. Juárez García, A. (2004). Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. *Ciencia Y Trabajo*, 6(14), 189–196.
13. Junco Díaz, R. de los A., Oliva Pérez, S., Barroso Uria, I., & Guanache Garcell, H. (2006). Riesgo Ocupacional por Exposición a Objetos Punzocortantes en Trabajadores de la Salud. *MEDICRIT Revista de Medicina Crítica*, 3(2), 2–8.
14. León Rubio, J. M., & Medina Anzano, S. (2002). *Psicología social de la salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social.

15. Mario, J., & Osorio, F. (2009). Praxis and liberation in the context of Latin American theory. In *Psychology of Liberation* (pp. 11-36). Springer New York.
16. Moreno, M. (2004) *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
17. Nader, M., Peña Bernate, S. P., & Sánchez Santa Bárbara, E. (2014). Predicción de la satisfacción y el bienestar en el trabajo: hacia un modelo de organización saludable en Colombia. *Estudios Gerenciales*, 30, 31–39.
18. OMS, (2004) *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado*. Francia:OMS.
19. Organización internacional del Trabajo. S.F. Horas trabajadas semanales realmente por persona por sexo y actividad económica en Colombia. Recurso web obtenido de: https://www.ilo.org/ilostat/faces/help_home/data_by_country/country-details/indicator-details?country=COL&indicator=HOW_TEMP_SEX_ECO_NB&source=358&datasetCode=YI&collectionCode=YI&_afLoop=5024584194882#!%40%40%3Findicator%3DHOW_TEMP_SEX_ECO_NB%26_afLoop%3D5024584194882%26datasetCode%3DYI%26collectionCode%3DYI%26country%3DCOL%26source%3D358%26_adf.ctrl-state%3Ddf91oj2n_241
20. Peiró, J. M., & Prieto, F. (Eds.). (1996). *Tratado de psicología del trabajo: volumen II: aspectos psicosociales del trabajo. Síntesis*.
21. Quezada, M. T. M., Brito, A. M., Brito, K. B., & Mondaca, B. A. L. (2014). Accidentes e incapacidad laboral temporal en trabajadores de la salud de un hospital de alta complejidad. *Salud de los Trabajadores*, 22(1), 7-18.
22. Rentería, E. (2009). De recursos humanos a la psicología organizacional y del trabajo: reflexiones a la luz de las realidades actuales del mundo del trabajo. Aguilar, M., y Rentería, E.(Comp.) *Psicología del trabajo y de las organizaciones. Reflexiones y experiencias de investigación*, 26-51.
23. Román, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103–110. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n2/spu02203.pdf>
24. Romero, A. B. (1998). Personal de Enfermería : Condiciones de trabajo de alto riesgo. *Salud de Los Trabajadores*, 6(Nº 2), 7.
25. Silva Peralta, Y. (2006). ¿Están de guardia o están en guardia los trabajadores-de-la-salud? Estudio psicodinámico-exploratorio-descriptivo sobre el Síndrome de Burnout. *Perspectivas En Psicología*, 3(1), 61–70.
26. 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.