



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Postgrado
Magíster en Psicología Clínica de Adultos

SUFRIMIENTO EN EL AUTOCUIDADO DE EQUIPOS

Análisis a partir de la experiencia de
Equipos Psicosociales de Salud Mental

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos

PAULA BEATRIZ BECKER KLAVIN

Profesora Guía: Adriana Espinoza Soto

Profesor Patrocinante: Roberto Aceituno Morales

Cajón del Maipo, invierno 2014

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Problemática.....	4
3. Objetivos de la investigación.....	13
4. Marco teórico referencial.....	14
4.1 Autocuidado como dispositivo.....	14
4.2 Autocuidado y Equipos: algunos antecedentes.....	15
4.3 Discursos clínicos.....	20
4.3.1 Definiciones, estrategias y modelos.....	20
4.3.2 Psicoanálisis: trabajo, equipo e institución.....	29
4.3.3 Psicodinámica del Trabajo.....	38
4.4 Discurso institucional.....	41
4.4.1 Definiciones y compromisos del Estado.....	42
4.4.2 Manuales de Orientación y Sugerencias de algunos Programas....	51
4.4.3 Norma técnica de los Equipos Investigados.....	67
4.5 Malestar en el trabajo:.....	75
4.5.1 Sufrimiento en las instituciones.....	76
4.5.2 Sufrimiento y organización del trabajo.....	80
4.5.3 La epidemiología.....	82
5. Marco Metodológico:.....	87
5.1 Tipo de Estudio.....	87
5.1.2 Tipo de Diseño.....	88
5.2 Participantes.....	88
5.3 Instrumentos de Investigación.....	90
5.4 Estrategia de Análisis.....	90
5.5 Aspectos Éticos.....	93
6. Presentación y análisis de los resultados:.....	95
6.1 Discurso de quienes coordinan equipos psicosociales de salud mental.....	95
6.2 Discurso de quienes integran equipos psicosociales de salud mental.....	118
7. Discusión.....	145
8. Palabras para concluir.....	165
9. Bibliografía.....	170

1. RESUMEN

El autocuidado de equipo se ha constituido en la respuesta ante los desastrosos índices de salud (mental) que se constatan en el campo laboral en Chile. En la presente investigación se problematizarán los discursos que circulan en torno a este dispositivo en el contexto de trabajo de los equipos psicosociales de salud mental del sector público.

Para el análisis, se describen las definiciones que aporta el campo de la psicología clínica, el psicoanálisis y la psicodinámica del trabajo en torno al *autocuidado de equipos*, a partir de una revisión bibliográfica exhaustiva, junto con las proposiciones institucionales reflejadas en las políticas estatales y normativas técnicas de diferentes programas de intervención psicosocial.

Además se presentan los resultados de la investigación de campo que recoge el discurso y la experiencia de equipos psicosociales de salud mental en torno al autocuidado, que contrastan con las propuestas teóricas y los asertos institucionales.

Se evidencian tensiones entre los diferentes discursos y prácticas que requieren solución para que el cuidado de los equipos se traduzca en condiciones de salud y la posibilidad convertir el trabajo, en un *trabajo vivo*. Se cuestiona la posibilidad que esto ocurra en el contexto actual de lógicas de mercado que impactan las relaciones institucionales y la organización del trabajo.

1. PROBLEMATIZACIÓN

Dar una definición unívoca de salud es una tarea imposible pero esto no implica que debamos renunciar a aproximarnos a este concepto y dotarlo de sentido. Hablar de salud hoy, parece fundamental.

En la actualidad existe algún consenso en comprender la salud no solo como ausencia de enfermedad asociada al orden biológico, si no como un estado dinámico vinculado también a la dimensión psicológica y social. Esta noción permite complejizar y articular los ámbitos de la vida que determinan la salud, descentrando el problema a un padecimiento y determinantes individuales.

El trabajo, en este contexto pasa a ejercer un rol fundamental tanto en la promoción de salud como de las enfermedades y sufrimientos, al momento en que atraviesa gran parte de las dimensiones de la vida de los sujetos.

El psicoanálisis ha desarrollado los conceptos salud y trabajo articulándolos de tal forma que en términos muy generales al trabajo se lo aproxima a la noción de salud. Así, Freud manifiesta que salud sería la “capacidad para amar y trabajar” (Ferreira, 2009); capacidad de amar, en tanto posibilidad de libidinizar objetos y vincularse con otros, y capacidad de trabajar, como método que nos enlaza a la realidad y aleja del malestar que supone vivir en comunidad, teniendo al condición de estar regulado e inserto en la dinámica social:

“Ninguna otra técnica de conducción de la vida liga al individuo tan firmemente a la realidad como la insistencia en el trabajo, que al menos lo inserta en forma segura en un fragmento de la realidad, a saber, la comunidad humana. La posibilidad de desplazar sobre el trabajo profesional y sobre los vínculos

humanos que con él se enlazan una considerable medida de componentes libidinosos, narcisistas, agresivos y hasta eróticos le confiere un valor que no le va en zaga a su carácter indispensable para afianzar y justificar la vida en sociedad” (Freud, 1929, p.80 n5).

Para el psicoanálisis, la noción de salud utilizada como *bienestar* o *felicidad* en boga hoy es conflictiva, en tanto el malestar es inherente a la condición humana y a la producción de cultura, en la medida que implica para el sujeto una renuncia a las satisfacciones más inmediatas y placenteras (Freud, 1929). El estado de bienestar por lo tanto estaría permanentemente tensionado por las exigencias de la vida (dinámica psíquica y social), y más relacionado a la posibilidad de hacer algo con el malestar. En otras palabras, con darle un destino distinto, que no sea enfermar, en donde el trabajo se ofrece como una alternativa.

El trabajo, a la luz de los problemas que presentan jubilados/as, desempleados/as y personas que padecen enfermedades físicas y/o psíquicas, también ha sido vinculado a la salud. Estas condiciones que por lo general implican una marginación o exclusión social, muestran el valor que cumple el trabajo en diversas dimensiones del sujeto.

En el caso de los sujetos diagnosticados con esquizofrenia, por ejemplo, se sostiene que el trabajo integrado socialmente actúan como una determinante en su estabilidad psíquica, emocional y social en la medida que permite restablecer el lazo social, funcionando mejor en el restablecimiento de la salud que un medicamento que intenta estabilizar el ánimo. Por el contrario cuando falta el trabajo, como es el caso de los jubilados y desempleados, se observan graves prejuicios y daños que llegan

incluso a generar profundas crisis de identidad, al extremo de buscar salidas a través del suicidio (Rotchschild, 1986).

El trabajo, como vemos, posee características que participan directamente de la posibilidad de tener salud en términos individuales y sociales, que van más allá de la retribución económica que involucra, siendo un vehículo para transformar las pulsiones en la línea de la sublimación, operando como factor de confirmación de la identidad individual y colectiva, dando sentido a la vida en sociedad al favorecer el reconocimiento social y a la autorealización (Ferreira, 2009) y permitiendo a su vez la interrelación y generación de vínculos. Rotchschild (1986) lo plantea de la siguiente manera, *“todo ser humano necesita una actividad y trabajo, para poder percibirse plenamente en el espacio psíquico y social”* (...) *“El trabajo, por estúpido que sea, brinda identidad y da al sujeto la posibilidad, de adivinar y entender su existencia social en el mundo”* (Matraj, 1986, pg. 78-79). Es decir, el trabajo tiene un potencial socializador y organizador de aquello con lo que nos identificamos, forja límites hacia lo exterior, produce lazo social, solidaridad, emancipación, placer y aprendizaje (Ferreira, 2009).

Sin embargo, lo planteado hasta ahora, no pareciera tener un correlato real con lo que experimentamos, observamos y escuchamos decir del trabajo cotidianamente. En general, las muestras de desagrado y el malestar que genera el *ir a trabajar* se hacen evidentes, basta solamente poner atención a nuestro alrededor. Es común escuchar expresiones respecto de lo poco que se hicieron las vacaciones, de lo difícil que se hacen los días lunes y de la felicidad que habría con ganarse el Kino y decir “chao jefe”¹.

¹ Esto hace referencia a la publicidad de un juego de azar chileno - que entrega premios de un sueldo mensual por 10 años - que juega con la posibilidad de manifestarle a la figura del jefe, no necesitarlo más para vivir. Resulta en un emergente social que da cuenta del malestar que generan ciertas relaciones laborales de dominación y en ocasiones de abuso.

http://banner.loteria.cl/loteria_internet/anmviewer.asp?a=83

En la práctica clínica cotidiana, en las sesiones grupales e individuales, la aversión al trabajo también se hace patente y se escuchan a diario las dificultades en la relaciones entre compañeros de trabajo, el poco reconocimiento de las tareas, la sobrecarga física y mental, el abuso de parte de jefes y la poca comprensión cuando se está con problemas de salud, que se traduce en rechazos de licencias médicas y en el intento consciente por parte de trabajadores para que las enfermedades no se noten. Pareciera que la mayoría coincide con Freud en que, *“el trabajo es poco apreciado, como vía hacia la felicidad, por los seres humanos”* (1929, p.79 n.5) y en general se lo pone más bien en el plano de una necesidad creada por el apremio de sobrevivir.

Si nos apoyamos en investigaciones (Ministerio del Trabajo, 2011; Ansoleaga et. al, 2012; MINSAL, 2013), la constatación de esta realidad expuesta respecto al trabajo se vuelve aun más crítica. El trabajo está inscrito en el sufrimiento diario y derechamente está asociado a enfermedades, accidentes y fenómenos nocivos para la salud.

Según estas investigaciones, los problemas de salud mental se ubican entre las primeras causas de ausentismo laboral en el mundo, junto a desordenes músculo esqueléticos constituyéndose en uno de los principales desafíos de salud para la población trabajadora (Diaz X. y Mauro A., 2012). En Chile, también los problemas de salud mental son los que comienzan a preocupar constatándose que entre un 20-30% de las consultas por depresión tendrían su origen en el trabajo (Sánchez, 2006), además de que desde el 2008 “los trastornos emocionales y del comportamiento” se han incrementado sostenidamente transformándose en la principal causa de licencia médica (Miranda et al., 2012). También, el consumo de sustancias, depresiones, automedicación (principalmente con somníferos y benzodiazepinas),

alcoholismo, trastornos de ansiedad, se relacionan a un creciente tipo de riesgos denominados *riesgos psicosociales laborales* asociados a cambios en el mundo del trabajo. No sólo se observan el aumento de diagnósticos clínicos o patologías, también se intensifican y aparecen fenómenos en los lugares de trabajo como son el acoso laboral, violencia (moobing), acoso sexual, miedo, conceptualizadas como *patologías de la soledad* desde la Psicodinámica del Trabajo (Ferreira, 2009).

Estos riesgos acompañan las nuevas formas de organización de la producción y relaciones laborales que se han generado y profundizado en un marco social político y económico en el que predomina el libre mercado y la desregulación propia del Neoliberalismo: modelos organizacionales *capitalizarisados* que se caracterizan por la evaluación de desempeño individualizado, objetivos guiados por metas totales y la introducción de nuevas tecnologías, que se traducen en una intensificación del trabajo, erosión de las fronteras entre trabajo y vida privada, y el debilitamiento de los vínculos en los colectivos de trabajo: “*Estas nuevas formas de organizar el trabajo demandan y tensionan al trabajador emocional y cognitivamente, lo que se traduce en un aumento de la carga psíquica y mental en el trabajo*” (Diaz X. y Mauro A., 2012, p.146).

Si bien esta realidad es transversal a diversos sectores económicos en organizaciones públicas y privadas, existe una especial preocupación por lo que ocurre en los trabajos vinculados al ámbito de servicios con trato directo de personas, ocupaciones particularmente riesgosas producto de su naturaleza y por las condiciones en que generalmente se realiza el trabajo: telefonistas, docentes, personal de salud (Diaz X. y Mauro A., 2012).

En estos tipos de trabajo, toma lugar con fuerza el Síndrome de Burnout o fenómeno de queme profesional provocado a partir del desgaste cotidiano.

La definición de Burnout surge desde la perspectiva cognitivo conductual y se define como *“una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento inadecuado en las tareas que se ha de realizar”* (Maslach & Jackson, 1981, citado en Morales et. al, 2003). Si bien existen una diversidad de criterios y énfasis en la extensa bibliografía que ocupa al síndrome de burnout hay coincidencia de que es un desgaste común (pero no por ello no preocupante) en aquellas personas que se utilizan a sí mismos como herramienta de trabajo con otros. Se percibe como una sensación subjetiva en el trabajador de ausencia de apoyo y feedback en sus esfuerzos por ayudar a otros (Farbes, 1991, citado en Morales et. al, 2003). A su vez se lo asocia a una sobreimplicación que aumenta la sensación de frustración, de sentido de fracaso, deterioro de la salud mental y deseo de abandono del trabajo.

Además del síndrome de burnout en el campo de intervención en salud se constata que el desgaste cotidiano se expresa en deserción de áreas de trabajo, poca eficacia en los programas desarrollados, ausentismo laboral, evitación del trabajo, incremento en el consumo de sustancias, actitud de omnipotencia y cambio en las relaciones interpersonales, entre los miembros de una colectividad, y de estos con personas externas a su trabajo (familias, amigos, parejas, etc.) (Morales et. al 2003).

En este contexto, una de las respuestas que ha entregado el Estado a esta trágica realidad, ha sido intervenir de manera preventiva y promocional a través de lo que se ha denominado el Autocuidado. Este término ha tomado relevancia y se ha incorporado al sentido común de las organizaciones laborales en las últimas décadas, agrupando una serie de estrategias

individuales, de equipo e institucionales que intentan mejorar la calidad de vida de quienes trabajan.

En el caso particular de los equipos interdisciplinarios que intervienen en el campo de la salud mental en el sector público, en las normas técnicas que regulan su funcionamiento y tarea, se ha incluido explícitamente la necesidad de generar espacios de Autocuidado de Equipo. Por dar algunos ejemplos, las normas de los Centro de Salud Mental Comunitarios (COSAM), las de los Equipos especializados en Reparación a Víctimas de la Dictadura Militar ocurrida entre los años 1973 - 1990 (PRAIS), las orientaciones técnicas de los Centros de la Mujer del SERNAM y las de los equipos que trabajan con niños, niñas y adolescentes del país desde el SENAME, señalan que es imprescindible contar con estrategias de cuidado para los profesionales y técnicos que trabajan en sus instituciones.

Ahora bien, como señala Vargas (2010) no existe acuerdo sobre qué se entiende por “Autocuidado” aun cuando este ya se constituye como una práctica habitual. El concepto de Autocuidado queda en el terreno de lo dado por obvio pero sin una definición consensuada observándose una ilusoria sensación de que todos estamos entendiendo lo mismo.

En efecto, si nos aproximamos al texto mismo de las normas y orientaciones técnicas y a otros documentos oficiales del Estado, lo que se observa es que incorporan nociones sobre el Autocuidado de Equipo distintas, y con énfasis diferentes. Ocurre lo mismo cuando se revisa la literatura científica – principalmente desde el campo de la psicología clínica – los acentos, los abordajes y las definiciones son distintas. Además en el plano de la experiencia - nuevamente si ponemos atención - se escuchan una diversidad de actividades que son entendidas y realizadas como autocuidado entre los y las colegas del campo de la salud mental.

En este marco, resulta para mi importante explorar con mayor detención qué es lo que se hace, qué es lo que se entiende, y qué se argumenta para justificar la existencia del Autocuidado de Equipo, es decir, problematizar esta noción:

“problematizar no es, solamente – sería demasiado fácil -, conseguir que lo no problemático se torne problemático, es algo aun mucho mas importante que esto, porque problematizar es también, y sobre todo, lograr entender cómo y el por qué algo ha adquirido un estatus de evidencia incuestionable, cómo es que algo ha conseguido instalarse, instaurarse como aproblemático. Lo fundamental de la problematización consiste en develar el proceso a través del cual algo se ha constituido como obvio, evidente y seguro” (Ibañez, 1996; citado en Iñiguez, 2003 p. 79).

Específicamente las preguntas que guiarán esta investigación son:

1. ¿Qué discursos circulan hoy en los equipos psicosociales de salud mental sobre el autocuidado de equipo?
2. ¿Cómo vivencian las estrategias de autocuidado como respuesta al malestar individual y colectivo que se produce en el trabajo?

Se justifica realizar esta investigación desde una mirada clínica porque se trata de la salud mental de quienes trabajan. Como manifiesta Morales (2009) el problema de la salud mental y el autocuidado de los equipos, requiere de más investigación en Chile y resalta una distinción entre el abordaje que hacen los psicólogos laborales (y en general las oficinas de recursos humanos) respecto de esta temática y los psicólogos clínicos, puntualizando que los primeros realizan sus intervenciones pensando en la productividad y la eficacia de una empresa u organización, mientras que los

segundos en la subjetividad de los trabajadores, principalmente en campos no empresariales sino de salud, pobreza, violencia y ámbitos judiciales.

Para la realización de la presente investigación se solicitó la colaboración de equipos psicosociales de salud mental que consideraran dentro de sus normas técnicas los espacios de Autocuidado de Equipo. Es decir, equipos interdisciplinarios que se enfrentaran e intervinieran en problemáticas psicosociales en salud mental, lo que es una especificidad que introduce variables propias que tiene que ver con la clínica y el cuidado de otros. En particular, se trabajó con un COSAM, dos equipos PRAIS y un Centro de la Mujer a través de una metodología de investigación cualitativa que permitió profundizar y analizar los discursos que circulan y se traducen en prácticas cotidianas.

2. OBJETIVOS.

3.1Objetivos General:

Problematizar el discurso sobre los espacios de *autocuidado de equipo* de los y las integrantes de equipos psicosociales de salud mental.

3.2Objetivos Específicos:

3.2.1 Conocer el discurso institucional y clínico respecto de las instancias de *autocuidado de equipo*.

3.2.2 Explorar la noción de autocuidado de equipo desde la perspectiva de quienes coordinan equipos psicosociales de salud mental.

3.2.3 Explorar la noción de autocuidado de equipo desde la perspectiva de quienes integran equipos psicosociales de salud mental.

3.2.4 Analizar la relación entre sufrimiento en el trabajo y el autocuidado de equipo.

3.2.5 Examinar la participación de las instituciones en el *autocuidado de equipo*.

3. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.

En el siguiente apartado, se realizará una revisión de la literatura científica que aborda el problema del Autocuidado de Equipo; algunas de las ideas y conceptos que el psicoanálisis y la *psicodinámica del trabajo* aportan para pensar la relación salud mental – trabajo. Finalmente, se realizará una revisión de lo que se comunica en torno al Autocuidado en manuales y documentos institucionales de diferentes programas del Estado.

4.1 Autocuidado como dispositivo:

Como da cuenta Uribe (1999) la práctica del cuidado y el autocuidado puede considerarse una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor de estos conceptos, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura cumplen un papel importante en la evolución y desarrollo de los mismos.

En esta línea, se observa que la introducción del concepto Autocuidado de Equipo en el lenguaje cotidiano de los equipos de trabajo se ha vuelto común desde hace algunas décadas, sin que antes nadie mencionara este concepto. ¿Cómo es que se introduce de manera que se torna parte del sentido común, una práctica, una demanda? Para poder comprender este proceso y de alguna manera problematizar este concepto, sirve entender el concepto de Autocuidado de Equipo como dispositivo en el sentido Foucaultiano:

“Aquello sobre lo que trato de reparar con este nombre es [...] un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales,

filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos. [...] por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación, que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante [...]. He dicho que el dispositivo tendría una naturaleza esencialmente estratégica; esto supone que allí se efectúa una cierta manipulación de relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en tal o cual dirección, ya sea para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas. Así el dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder, pero también ligado a un límite o a los límites del saber, que le dan nacimiento pero, ante todo, lo condicionan. Esto es el dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza sosteniendo tipos de saber, y [son] sostenidas por ellos” (Agamben, 2007 traducido en Fuentes, 2011).

Entenderlo de esta manera, vuelca la mirada no solo a lo que se dice respecto de algo en un nivel discursivo y del significado - como noción neutra y ahistórica - hacia las condiciones de producción en las que se enmarca y los efectos que esto produce en la subjetividad y en las relaciones sociales.

4.2 Autocuidado y Equipos: algunos antecedentes.

El término Autocuidado, como concepto referido al cuidado de equipos en Chile, no tiene antecedentes claros (Morales, 2009), pero lo cierto es que a partir de la década del noventa, comienza a introducirse en los manuales y orientaciones técnicas de diferentes programas e instituciones del Estado y al mismo tiempo a ser motivo de investigación científica, entendiéndose por Autocuidado muchas cosas a la vez, como veremos en el siguiente apartado.

A partir de la revisión realizada se destacan tres antecedentes principalmente: el primero, referido al concepto; el segundo, a la necesidad

de introducir prácticas de cuidado y el tercero referido a cambios paradigmáticos en las ciencias que han promovido y legitimado su utilización:

4.2.1 Respecto al concepto mismo, la mayoría de los artículos revisados (Morales et. al, 2003; Morales, 2009; MIDEPLAN, 2009; Santana y Farkas, 2007; Orellana y Paredes, 2006) apuntan a que se introdujo desde el campo de la enfermería y salud pública, tomando como referencia la Teoría del Autocuidado de Orem (1971) y la definición que ella construye a partir de su práctica clínica.

Cuesta entender como este concepto es introducido e incorporado al trabajo de equipo, sin embargo, como el origen del concepto lo encontramos aquí, de todas formas se considera necesario detenernos en la definición y los antecedentes metateóricos de la Teoría del Autocuidado de Orem para reconocer aspectos del discurso que se trasladan de manera explícita e implícita al insertarlo en el ámbito de la salud mental y el cuidado de los profesionales que intervienen en este campo.

La enfermera Dorothea Orem, define autocuidado como *“la conducta aprendida por el individuo dirigida a sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en el beneficio de la vida, salud y bienestar”* (citado en Vega y González, 2007, p.30). Señala que los seres humanos poseen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan en su vida para satisfacer las necesidades de salud; que tienen capacidades para encontrar e internalizar las informaciones necesarias por sí mismos y, cuando no es así, buscan ayuda en la familia o en profesionales de la salud.

Para Orem la persona es un todo integral dinámico que funciona biológica, simbólica y socialmente, con la facultad de utilizar ideas y palabras para pensar y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a

fin de llevar a cabo acciones de autocuidado. La persona sería una unidad que posee las capacidades, las actitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano (Vega y González; 2007).

La cultura, por otra parte, la considera como el contexto dentro del cual se aprenden y enseñan los comportamientos de autocuidado. Su teoría tiene como supuesto principal que el autocuidado no es innato, sino una conducta aprendida que se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano a través de la interacción con el entorno de socialización primaria y secundaria. En este sentido las conductas de autocuidado estarían afectadas por las creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas de la familia - en primera instancia - y de la comunidad (Vega y González; 2007).

Así, la teoría de Orem enfatiza que el autocuidado –siempre hablando de los pacientes– requiere de la acción deliberada, intencionada y calculada, la que estaría condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, basándose en la premisa de que los individuos *saben* cuando necesitan ayuda y, por lo tanto son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar, pudiendo escoger distintas opciones en sus conductas de autocuidado (Vega y González; 2007).

Si bien Orem, niega la influencia de algún autor en sus desarrollos teóricos, es posible leer conocimientos de diferentes campos de estudio y una línea clara respecto de sus postulados; en particular se ve la contribución del pensamiento del psicólogo Abraham Maslow (Vega y González; 2007), y además de un marcado cognitivismo e influencia de las teorías del aprendizaje.

4.2.2 El concepto Autocuidado por otra parte, en toda la literatura revisada, se relaciona estrechamente a los estudios que se inician en la década del setenta respecto a los efectos que produce el trabajo sobre los equipos interdisciplinarios en salud mental, como respuesta a una urgencia, por las evidentes consecuencias que el trabajo tendrían en producir patologías y fenómenos relacionales nocivos para abordar las tareas en equipo.

Al comienzo estos estudios estuvieron ligados a la especificidad del trabajo con violencia y maltrato, sin embargo, de a poco se fue legitimado que el fenómeno del desgaste profesional se producía en todos quienes utilizan a su propia persona como herramienta y trabajan directamente con personas (y su sufrimiento): trabajadores de la salud, educadoras, psicólogos, asistente sociales, abogados, operadores sociales, entre otros (Arredondo, 2007; Santana y Farkas, 2007).

Dentro de los fenómenos de desgaste profesional, se fueron descubriendo y clasificando patologías tales como el Síndrome de Burnout (Sanfuentes, 2008), el Estado de Extenuación Emocional (Claramunt, 1999), la Victimización Vicaria (Claramunt, 1999), el Desorden de Estrés Post-Traumático Secundario (Sharratt, 1992) - y como señala Arredondo (2007) - el objetivo era describir los efectos particulares del trabajo poniendo énfasis en el marco individual, en el trabajo de equipo y en el compromiso con el trabajo y la institución.

A su vez, aparece la noción de Riesgos de Equipo que apunta a develar las manifestaciones nocivas ya no sólo a nivel individual, sino grupal. Este concepto supone que los equipos tienden a protegerse y/o defenderse de las ansiedades que les provoca la tarea que los constituye, generando defensas y dinámicas muchas veces disfuncionales que constituyen un riesgo para

los integrantes de un equipo y para el equipo como un todo (Morales et. al 2003).

También desde la perspectiva de la Psicopatología del Trabajo y la Psicodinámica del trabajo, se identifican: suicidios y depresiones laborales, *Karoshi* (literalmente muerte por exceso de trabajo en japones) fenómenos tales como el sometimiento, el acoso laboral, el dopaje, enfermedades somáticas, psicosomáticas y psíquicas (Dejours, 2013).

4.2.3 Por último, como señalábamos más arriba y de acuerdo a los postulados de Arredondo (2007) como antecedente al estudio e introducción de prácticas de *autocuidado en equipos psicosociales* habría también una apertura dada por un cambio o entrada de nuevos paradigmas dentro de las ciencias que permiten pensar la implicación de los y las trabajadores/as y sus efectos en las intervenciones:

“Se puede considerar que la introducción del concepto de Autocuidado, por una parte da cuenta de la consideración de un análisis ecológico de las diferentes problemáticas sociales (...) es consistente con la inclusión de multiniveles de análisis (...) integrando así la posición de operador psicosocial en este marco. (...) Es consistente [también] con la inclusión del discurso de la subjetividad dentro de las disciplinas psicosociales (...) y finalmente, se ajusta a la mirada de derechos relevada en los espacios de trabajo social (...) especialmente en la última década en el mundo occidental y en Chile en particular con el advenimiento de la democracia y la reivindicación de derechos como discurso público” (Arredondo, 2007, p. 93).

Respecto a la tercera idea sobre la incorporación de la mirada de derechos, Morales (2003) también coincide con este antecedente, al señalar que en

los últimos años ha existido una demanda progresiva de parte de quienes trabajan en salud hacia las autoridades para incluir el área de la salud mental como temática a considerar dentro de los riesgos (y por lo tanto como necesidad de protección) propios del trabajo en salud y cuidado a otros, denominándose a esta demanda como *Autocuidado*:

“En este sentido es que se ha acuñado un concepto específico que representa el núcleo de las diferentes estrategias de enfrentamiento de las problemáticas del desgaste profesional descritas, y es el concepto de Autocuidado de los equipos psicosociales” (Arredondo, 2007 en MIDEPLAN, 2010, p.16)

4.3 El discurso clínico:

4.3.1 Definiciones, estrategias y modelos:

En la exhaustiva revisión de artículos respecto al autocuidado de equipo los nombres de los autores que estudian este campo tienden a repetirse. A. Aron (2001, 2003, 2004), G. Morales (1996; 2003; 2009) y J. Badury (1998; 1999, 2001), son quienes aparecen mayormente nombrados, por lo que en el presente apartado nos centraremos en las propuestas y argumentos de estos tres autores.

Es importante destacar que hablan desde la psicología, tienen experiencia en el campo de la intervención en violencia y maltrato - ya sea política, intrafamiliar, de género entre otras - y dan cuenta de la necesidad de generar y pensar estrategias de Autocuidado en los Equipos proponiendo ciertas definiciones y caminos.

J. Badury (1999), considera que la noción de autocuidado tiene dos niveles el primero, relacionado a la necesidad de que las instituciones protejan los

recursos profesionales y el segundo, relativo a la capacidad de los profesionales de autocuidarse.

Respecto a lo primero, expresa que es una constatación casi general la escasez de recursos y las malas condiciones de trabajo de los equipos que trabajan en instituciones, agregando que cualquier programa que se declare coherente y adecuado en relación a la protección debiese tener en su interior un dispositivo para despertar, promover, mantener y proteger la implicación emocional, ética y política de los profesionales, esto, como el mejor antídoto al "*Síndrome del Queme Profesional*". Cabe destacar aquí que se refiere en particular al campo de la intervención en maltrato infantil.

En esta línea manifiesta que todo programa o institución incapaz de proteger a sus profesionales con estos dispositivos, ejercería una doble violencia: hacia la persona de los profesionales y, por ende, a los que dice proteger.

En cuanto a lo segundo – la capacidad de autocuidarse – supone que los profesionales en tanto adultos tienen la capacidad de desarrollar estrategias y comportamientos destinados al cuidado de ellos mismo - sin negar - la necesaria ayuda de otros en esta tarea, para mantener el compromiso, la creatividad y sobre todo la competencia para ayudar y proteger profesionalmente.

En términos teóricos, su noción de autocuidado se corresponde al concepto de "*justicia o ética relacional*" de Boszormenyi-Nagy (1973; 1984) aplicado a los procesos familiares. En síntesis esto significa que así como en una familia, cada miembro aporta -de acuerdo a sus posibilidades y habilidades- cuidados y protección a los otros miembros, para recibir a cambio cuidado y protección de éstos, los miembros de un equipo profesional pueden también aportarse cuidados y protección mutua. De esta

forma, en un equipo suficientemente sano, habría un dar y recibir justo y equilibrado donde cada miembro del equipo se sentiría suficientemente reconocido y respetado, a su vez que perteneciente a un sistema cuya finalidad primera es el bienestar de sus miembros.

Desde su perspectiva - marcadamente influenciada por la ideas de Humberto Maturana (2004) - la estrategia primordial para el autocuidado de los equipos es la generación de redes profesionales, entendiendo por ello, conglomerados de personas vinculadas con el compromiso emocional, ético y político que, organizados en torno a su tarea, son capaces de permanecer en el tiempo asegurando dicha misión.

Estas redes, tendrían características particulares para garantizar el autocuidado de sus miembros, entre ellas: coherencia interna (compartir modelos, objetivos, noción sobre los roles, las tareas y la producción de las mismas), plasticidad estructural (adaptabilidad y flexibilidad en las respuestas, ligada a la noción de creatividad y a su vez de aceptación límites para protegerse de la omnipotencia) y capacidad de asociación (coordinación a partir de la aceptación de la diferencia y heterogeneidad).

Para el desarrollo de estas dinámicas grupales de autocuidado - resulta necesario según Badury (1999) - facilitar formas de organización donde la palabra hecha conversación sea el instrumento fundamental que haga posible el intercambio, de las afectividades y el reconocimiento, permitiendo la vinculación permanente del grupo para reafirmar el sentido de pertenencia.

En la dinámica de una red, estos *espacios* pueden corresponder a tres modalidades:

- espacio de *conversación libre*, donde los profesionales que trabajan en equipo se ponen de acuerdo en hablar e intercambiar ideas sobre las experiencias vividas en determinados momentos dentro del transcurso de la jornada semanal;
- espacios de *intervisión*, correspondiente a espacios formales como reuniones de equipo donde, a través de un coordinador, se promueve el intercambio de experiencias en relación a situaciones clínicas que permiten el enriquecimiento colectivo del aporte que cada uno puede dar al conjunto;
- por último espacios de *supervisión*, necesarios en momentos del grupo/equipo en los que se contrata un supervisor externo, que debe cumplir el requisito de ser una persona que tenga experiencia en dinámicas de supervisión y la tarea específica del equipo, para ser capaz de facilitar y hacer emerger las capacidades individuales y de grupo, utilizando la creatividad y sus recursos para mejorar el funcionamiento grupal.

Por su parte, la perspectiva de Aron (2004) reconoce que existen varios niveles de autocuidado: nivel individual, de equipo, institucional, de redes y suprainstitucional, los cuales desde una perspectiva ecosistémica estarían sincrónicamente relacionados y al mismo tiempo superpuesto.

En todos estos niveles sería el reconocimiento de estar en *riesgo* – concepto desarrollado a partir del trabajo directo con víctimas de violencia y equipos que trabajan esta temática - el primer paso para el autocuidado, sino sería imposible destinar recursos y desarrollar estrategias para amortiguar lo nocivo del trabajo.

Entre las estrategias individuales se destaca – al igual que en Badury –que ser adulto implica hacerse cargo de uno mismo, y por lo tanto que la preocupación por el cuidado es responsabilidad propia. Como parte de este cuidado se especifican algunas estrategias que han resultado ser importantes:

- Registrar y visibilizar oportunamente los malestares que se sienten en el cuerpo, las necesidades y fuentes de estrés, para evitar consecuencias que desemboquen en enfermedades físicas y psicológicas.
- Espacios de vaciamiento y descompresión en los que se pueda compartir la pesada carga emocional del contenido que provoca el sufrimiento humano. Destaca que deben ser espacios entre pares donde no se necesiten explicaciones, ni tampoco se reciban necesariamente asesorías o interpretaciones, sino simplemente espacios en que otro contenga el relato de las situaciones traumáticas escuchadas.
- En relación al punto anterior, se aconseja evitar la saturación de la redes personales de apoyo con temáticas relativas al trabajo, evitando por sobre todo generar vaciamientos emocionales con quienes no están preparados para recibir esos contenidos.
- Mantener áreas personales libres de contaminación temática, como actividades de recreación y distensión.
- Formación permanente en perspectivas teóricas relacionadas al tipo de trabajo.

- Ubicar las responsabilidades, evitando un exceso de auto-responsabilización como de la proyección de la culpa en otros, para promover un adecuado manejo en la resolución de conflictos.

En cuanto al cuidado en el nivel de equipo la responsabilidad la sitúa en los niveles directivos de la institución, a quienes asigna la tarea de crear y asegurar condiciones de trabajo que logren transmitir un mensaje de preocupación y cuidado desde la institución. Entre las estrategias menciona:

- Resguardar la integridad de los trabajadores, en especial cuando se trata del trabajo con poblaciones de alto riesgo, personas con riesgo de descontrol, en términos de espacio físico y resguardo personal.
- Facilitar espacios de vaciamiento y descompresión espontáneos, cotidianos y estructurados de manera sistemática para todo el equipo. Lo último entendido como reuniones técnicas, supervisiones de caso, reuniones clínicas, en donde además de un vaciamiento emocional habría la posibilidad de compartir y construir modelos conceptuales que aseguren un afiatamiento de los equipos.
- Compartir la responsabilidad respecto de las decisiones clínicas y acciones/intervenciones riesgosas entre los miembros del equipo.
- Establecimiento de relaciones de confianza, a través de espacios de distensión.
- Estilo de liderazgo democrático, para evitar repetir situaciones de abuso o silenciar conflictos. Junto con ello, manejar estrategias de reconocimiento y retroalimentación hacia el equipo, mostrando un interés activo, flexibilidad y apoyo administrativo, que permita compatibilidad del trabajo con otras áreas.

- Supervisiones protectoras que fortalezcan los recursos propios del equipo, en base a una confianza que permita el vaciamiento y auto-exposición de los profesionales entre ellos sin temor a represalias.
- Desarrollo de estrategias constructivas de abordaje de conflictos intraequipo que impliquen climas protegidos en los que se pueda efectivamente ventilar conflictos internos y desacuerdos, a través del desarrollo de destrezas de negociación, consenso y respeto de las diferencias.
- Registro y visibilización de la traumatización de los equipos, que permita pedir ayuda oportuna a supervisores o consultores externos para elaborar los temas.
- Respecto al jefe o coordinador de un equipo especifica algunas responsabilidades en torno a la promoción de un ambiente protector: demostrar preocupación por las necesidades de los profesionales; proveer recursos necesarios para la realización del trabajo; sensibilidad y flexibilidad hacia temas familiares; capacidad para reconocer aspectos positivos y tino para dar retroalimentación negativa; mostrar confianza en los profesionales y hacerlo saber; interesarse activamente en el trabajo de los miembros del equipo, defender la posición de los profesionales frente a la institución, comunicar claramente las expectativas, adecuar las tareas según las habilidades de cada profesional; ser emocionalmente estable y experto para entregar ayuda técnica cuando se necesita, estar disponible y abierto para que los profesionales puedan confiar.
- Apoyo institucional para la formación y perfeccionamiento continuo.

- Generar una comunidad ideológica, es decir, compartir un marco teórico común, una ideología o cultural organizacional que guíe las acciones para así disminuir una posible ambigüedad y conflictos internos.
- Realizar procesos de inducción y acompañamiento a los profesionales que se integran a los equipos.
- Introducir rituales de incorporación y despedida de los miembros, que permitan marcar cambios en el ciclo de desarrollo del equipo o institución. Constituyen un factor protector importante para la sobrevivencia, el crecimiento y la diferenciación de los grupos de trabajo.

Por último, en cuanto a nivel de la red profesional, el autocuidado sería la generación misma de una red de apoyo profesional, y en esto hay similitudes con lo planteado por Badury (1999).

Para Aron (2004), *“saber que hay otros sectores profesionales que están ocupados de los mismos temas es un alivio para los equipos”* (p.11) a la vez que el establecimiento de vínculos con otros operadores en red permite una derivación vincular y vinculante, reduciendo la incertidumbre en los procesos de derivación interinstitucionales.

Por otra parte, la generación de encuentros, seminarios o talleres de capacitación para una red de trabajo de una temática específico más amplia permiten instancias de descomprensión, retroalimentación y vinculación, lo cual sería una tarea en parte suprainstitucional. En estas instancias también es recomendable la organización de equipos recíprocos de intervención en crisis para los profesionales los cuales resultan interesantes por la

familiarización que hay sobre las temáticas, al mismo tiempo que se logra la distancia necesaria para intervenir, por no pertenecer al grupo-equipo.

Por último, en cuanto a modelos explicativos, definiciones y estrategias de Autocuidado, Morales (2003) sostiene en base a los planteamientos de Arriagada y González (1999) que existen distintos tipos de unidades o ejes para significar el autocuidado: Medidas y prácticas de autocuidado (que generan, mantienen, intensifican o restablecen el autocuidado); conocimientos (referidos al manejo de información); obstaculizadores (que impiden o dificultan llevar a la práctica el autocuidado) y facilitadores del autocuidado (elementos que lo promueven).

Para Morales (2009) es esencial el concepto Riesgo de Equipo, este concepto - como decíamos más arriba -, *“intenta tanto describir cómo interpretar los procesos grupales, y al mismo tiempo proponer modelos de intervención que promuevan el Auto-cuidado, y que por lo tanto disminuyan los riesgos de equipo”* (p.15). Por Riesgo de Equipo entiende: *“aquellos elementos de la dinámica grupal que ponen en riesgo al equipo en el desarrollo de su tarea constituyentes, que se expresa en ansiedades que emergen en el vínculo con los grupos de alto riesgo hacia los cuales se dirige la intervención”* (Morales, 1996, citado en Morales, 2009, p.15).

A partir de la sistematización de supervisiones de equipos, genera una clasificación de modelos de autocuidado que apunta a develar las diferentes áreas que requieren ser cuidadas, centrando su mirada principalmente en la unidad equipo (Morales y Lira, 2000), más que en lo individual.

Entre los modelos que propone estarían:

- a. Modelo de Reivindicación Institucional: que enfatiza en las condiciones institucionales en que se desempeña la labor del equipo:

déficit de condiciones institucionales, escasa infraestructura física, inestabilidad laboral, bajos salarios, ausencia de previsión y salud para los trabajadores de los equipos.

- b. Modelo de Identidad Social: se refiere a todos aquellos esfuerzos que apuntan o hacen referencia al rol. Dentro de éstas se encuentran las necesidades de diferenciación y reconocimiento del valor de la labor realizada del programa frente a la institucionalidad, la diferenciación al interior de los equipos por profesión y experiencia.
- c. Modelo de Impacto Emocional: se refiere aquellas intervenciones que apuntan a contener aspectos transferenciales y contratransferenciales que implican el manejo y cuidado de las emociones. Entre éstas: la necesidad de legitimar los sentimientos rabiosos hacia los pacientes, dar cuenta de las agresiones que los pacientes ejercen hacia los terapeutas y equipos, las dificultades de contención del sufrimiento y los límites de ésto, y todo aquello que algunos han llegado a denominar traumatización secundaria.
- d. Modelo de Sociabilidad: relativo a los aspectos lúdicos, sociales y recreativos de los equipos, como son la necesidad de establecer espacios y ritos de esparcimiento y fundamentalmente de pertenencia grupal a la vida informal del equipo, como participación en los cumpleaños, apoyo en situaciones sociales o de salud de familiares del profesional, celebraciones, que a veces gatillan la disolución de límites o las autolimitaciones (Morales y Lira, 2000, en Santana y Farkas, 2007).

Si bien la definición de Autocuidado es más bien operacional o una sistematización Morales (2003) destaca y reivindica la necesidad del

Autocuidado: “*si bien se han identificado distintos conceptos y teorizaciones en relación a los Riesgos de Equipo, el Síndrome de Burnout y Autocuidado, todas estas perspectivas destacan la necesidad de desarrollar intervenciones orientadas a promover la salud de las personas que trabajan con personas y su sufrimiento, velando por la eficacia de la tarea que desarrollan*” (p.11).

4.3.2 Psicoanálisis: trabajo, equipo e institución:

El término *autocuidado* en psicoanálisis no existe como tal, pero sería errado pensar que por ello no aborda la problemática que estamos intentando problematizar y comprender en torno al cuidado de la salud en el ámbito del trabajo. Como dice la definición etimológica de la palabra cuidar, cuidar es pensar y el psicoanálisis estaría plenamente de acuerdo con esta definición, en la medida que esclarecer, o hacer consciente lo inconsciente, se reconoce como un proceso que calma, alivia y cura.

Por lo menos dos razones hay para que el psicoanálisis no utilice el concepto autocuidado para referirse en un proceso individual o colectivo de cuidado: la primera de estas razones sería técnica, y la segunda referente a la noción de sujeto.

La razón técnica es que el psicoanálisis ubica en la *transferencia* el motor de la cura, y por lo tanto se requiere de un otro en este proceso. Si bien Freud (1893) reconoce la posibilidad de la autoconciencia - definida como la capacidad de pensar en los propios pensamientos (representaciones) y sensaciones – como condición de un proceso de esclarecimiento a través de la asociación libre, la cura misma siempre estaría mediada por otro.

Así, Freud (1935) por ejemplo a partir de su propia experiencia de autoanálisis – término que podemos considerar próximo a autocuidado – y

clínica con sus pacientes, manifiesta que un genuino autoanálisis es imposible argumentando que *“en los autoanálisis es particularmente grande el peligro de la interpretación incompleta. Uno se contenta demasiado pronto con un esclarecimiento parcial, tras el cual la resistencia retiene fácilmente algo que puede ser más importante”* (Freud, 1935, p. 231). En esta línea, no bastaría la autoconciencia en un “autocuidado”, ésta solo permitiría dar inicio a un trabajo de análisis, de pensamiento en función de la salud.

A su vez decíamos que el concepto “autocuidado” se aleja a la noción desarrollada desde el psicoanálisis de sujeto, radicalmente diferente a la que sustenta a otras teorías, por ejemplo la de Orem. El psicoanálisis como “psicología de las profundidades” inaugura una concepción que tiene consecuencias epistemológicas y prácticas. En pocas palabras, el sujeto en psicoanálisis es dividido, sexuado, deseante y del inconsciente. Como dijo Freud no somos amos de nuestra morada (Ferreira, 2009), descubriendo que lo inconsciente es fuente y causa de los procesos psíquicos que lleva a actos y pensamientos, haciendo que lo “irracional” se transforme en material de análisis. Dicho de otra manera, se sospecha de este ideal de que todo lo controlamos, lo aprendemos y realizamos en base a nuestra racionalidad. La noción de sujeto se sale de la lógica positivista, y se escribe en la lógica del deseo (Freitas, 2012).

También el sujeto en psicoanálisis es comprendido desde la singularidad, lo que no tiene que ver con lo individual. Lo singular del sujeto (individual, grupal, colectivo) se aleja mas bien a lo generalizable, a lo homogéneo y estandarizado, lo que deriva necesariamente en dispositivos de análisis en los que la singularidad pueda desplegarse.

Habiendo posicionado esto, resulta fundamental definir la noción de transferencia y articularla al tema de los grupos y las instituciones para al fin poder hablar de lo que para el psicoanálisis sería cuidado y salud en el trabajo.

La transferencia cumple una función central en el psicoanálisis y se entiende como un fenómeno que hace presente la historia del sujeto, de modo descontextualizado e inconsciente a través de actos; es la reedición de situaciones pasadas con nuevos objetos, en nuevas relaciones: *“al igual que en los sueños, el enfermo atribuye condición presente y realidad objetiva a los resultados del despertar de sus mociones inconscientes, quiere actuar sus pasiones sin atender a la realidad objetiva (real)”* (Freud, 1912, p. 105).

A través del manejo y análisis de ésta se avanza en la cura de un paciente, sin embargo, no se puede hablar de transferencia “a secas”. Se distinguen la transferencia positiva y la transferencia negativa de sentimientos hostiles y su vez, la transferencia positiva se descompone en la que insiste desde lo inconsciente con un marcado contenido erótico y la de sentimientos tiernos o amistosos, que es susceptible de conciencia. Esta última, es la que permite la cura, porque posibilita dar lugar a la palabra del analista. Las transferencias hostiles y eróticas en cambio resultan en resistencias al proceso de esclarecimiento y toma de conciencia.

Es importante destacar en este punto, que para Freud (1912), *“todos nuestros vínculos de sentimiento, simpatía, amistad, confianza y similares, se enlazan genéticamente con la sexualidad y se han desarrollado por debilitamiento de la meta sexual, pero tienen todos una fuente sexual o erótica, por más puros y no sensuales que se presenten ellos ante nuestra auto percepción consciente”* (p. 103). Esto cabe, también para las

relaciones que se establecen en el lugar de trabajo, o en cualquier grupo humano.

Posteriores desarrollos en el campo de la psicología social y grupal de psicoanalistas como Bion, (1948), Pichón-Rivière (1983), Anzie, (1997) y en el trabajo con psicosis realizado desde la Psicoterapia Institucional por Chazaud (1980), Tosquelle (1992) y Guatari (1977) toman como punto de partida los planteamientos de *Psicología de las masas y análisis del yo* de Freud (1921), situando a la transferencia no como un asunto propio al dispositivo psicoanalítico, sino como un fenómeno que ocurre en todas las relaciones humanas. Su uso técnico y conceptual con algunas reformulaciones y complementos se extendió así al trabajo con grupos, como también al espacio de las instituciones (Kaës, 1989; Menzies 1960; 1988). Aun cuando, ha de tenerse presente que es en un lugar definido para el análisis y con otro donde puede ser interpretada y esclarecida la transferencia en sus diferentes dimensiones, como dice Tosquelle, “*no es sino en el espacio analítico – o de psicoterapia – donde la transferencia misma adopta una forma particular, en mente diferenciada por el hecho mismo del encuadre muy particular en el que el análisis –o la psicoterapia – puede tener lugar*” (1992, p. 143).

Pichon-Rivière (2001) por ejemplo, señala que la transferencia en el trabajo con los grupos – que también podemos aplicar a los equipo - opera como una manifestación de sentimientos inconscientes que apunta a la reproducción estereotipada de situaciones, que está al servicio de la resistencia al cambio, y por ende, a una adaptación pasiva a la realidad. La negación del tiempo y el espacio característica, aparecen como una defensa a cualquier situación de cambio. La transferencia sería una “conducta réplica” en un “como sí”, donde la emoción se dirige a una persona como si

fuese otra, que ocurre por un proceso de adjudicación de roles inscriptos en el mundo interno de cada sujeto.

De esta forma, en el campo grupal e institucional, se establecen transferencias múltiples y fantasías transferenciales emergen tanto en relación a los integrantes de un grupo como en relación con la tarea que se realiza como por el contexto en el que se desarrolla ésta, ya que la estructura interaccional del grupo no sólo permite sino que estimula la emergencia de fantasías inconscientes (Pichon-Rivière, 2001).

Otro fenómeno relevante a tener presente en el trabajo de intervención de un equipo o un individuo hacia otro, es el de la *contratransferencia* relacionada a los deseos inconscientes que los pacientes despiertan en el propio analista. Ésta, sin un trabajo de reflexión y análisis propio de quien interviene podría desembocar en actos nocivos o una imposibilidad escuchar y pensar, que obstaculizará el proceso de intervención y de trabajo de equipo.

En el caso de la Psicoterapia Institucional, el manejo de la contratransferencia ocupa un lugar muy importante. Chazaud (1980), plantea que de manera individual es recomendable que cada miembro del equipo en el transcurso de la reuniones de equipo, sea capaz de descifrar los papeles que asumen en su práctica, a través del análisis de las identificaciones, contraidentificaciones y fenómenos resistenciales que se dan lugar con los pacientes en el trabajo, lo que en términos psicoanalíticos conocemos por análisis de la transferencia.

Es decir, el primer punto que podemos destacar desde el psicoanálisis es que existen fenómenos que ocurren entre los miembros del equipo, que puede obstaculizar la realización de la tarea si es que no son esclarecidos, y

que hay que intentar clarificarlos en espacios destinados a esto, de lo contrario transferencias hostiles, agresivas pueden terminar en un daño al propio equipo y hacia los pacientes.

Pulido (2008) advierte en esta misma línea que *“en el trabajo con pacientes graves, la facilidad con que las dinámicas relacionales y grupales se vean invadidas por elementos destructivos y mortíferos, obliga a los operadores a desarrollar sus capacidades autoreflexivas y desplegarlas en el grupo, de lo contrario, se corre el riesgo de abandonar la función y potencialidad terapéutica del equipo”* (p. 128). Más allá de que estos fenómenos ocurran, lo cual parece inevitable, la dificultad principal sería no poder identificarlos y elaborarlos grupalmente a tiempo (Pulido, 2008).

De manera más específica, desde la psicoterapia institucional el dispositivo de la reunión de equipo se erige como el mejor instrumento para analizar las relaciones de equipo con los pacientes y entre los miembros del equipo (Chazaud, 1980). En ésta, se trata de que todos los que asisten se enfrenten allí con los problemas planteados por todos, desde sus diferentes miradas y perspectivas. La atmósfera de la reunión según Chazaud (1980) ha de ser de una total libertad de la palabra, lo cual debe leerse no como un simple permiso que se confiere a los integrantes del equipo, sino como una exigencia a cada uno de los participantes, como la consigna fundamental del psicoanálisis.

Para que la relaciones dentro de una institución ocurran de manera preponderantemente terapéuticas para los pacientes, según Pulido (2008) es necesario por lo tanto contar con al menos dos condiciones: que los miembros del cuerpo asistencial se constituyan como un equipo, y que el equipo *“se mantenga vivo frente a las tendencias mortíferas que nacen en*

toda institución” (p. 128). La reunión de equipo operan como un espacio de “prevención” o cuidado fundamental en este sentido:

“la conformación de un equipo y de un equipo maduro, no dependen de la cantidad y variedad disciplinar de los operadores, de la capacitación técnica y calidad humana de sus miembros, del hecho que compartan un lugar y trabajen coordinadamente con los pacientes, o de la horizontalidad de sus relaciones y flexibilidad en las jerarquía, roles y status al interior del grupo, sino que exige el desarrollo y la mantención de una serie de funciones y capacidades , que demandan una permanente auto revisión de las propias practicas y dinámicas” (Pulido, 2008, p. 128).

Entre las principales consecuencia de pensar la dimensión inconsciente de las actividades y espacios grupales e institucionales, podemos situar el cambio en la valoración de los dispositivos grupales de organización y planificación como las reuniones de equipo, en las que habría algún grado de posibilidad de manejo de estos fenómenos. Sin embargo, el equipo mismo también puede necesitar como equipo de la “escucha” y pensamiento de un otro externo, lo que desde el psicoanálisis se ha previsto como algo deseable y positivo para mantener la salud y las capacidades del equipo o del psicoanalista. A esto lo conocemos como Supervisión Externa, o dependiendo del nivel del análisis, Supervisión Institucional. La supervisión institucional, es un dispositivo necesario cada cierto tiempo en una institución. Se entiende como un ir más allá de la visión que tiene un equipo, gracias a la intervención externa de profesionales que vienen a co-pensar sobre sus prácticas y dificultades en la consecución de la tarea. Esto posibilita un giro en la relaciones y en los pensamientos intergrupales sobre su trabajo (Bauleo, 1990).

Este dispositivo es útil no solo por lo que sucede a nivel transferencial y contratransferencial entre los miembros de un equipo y sus pacientes, sino también por la relación y mecanismos defensivos que establecen con la institución y la tarea que intentan abordar.

Se observa, por una parte que en el intento de trabajar interdisciplinariamente - y en equipo –en el campo de la salud mental, los equipos adoptan dinámicas nocivas entre sus miembros que tienden a reflejar la tarea que intentan curar (Bleger, 1966). En pocas palabras, un equipo que trabaja con violencia, se violenta entre ellos; aquellos que abordan la psicosis generan fenómenos de escisión, fragmentación y dificultad para integrarse; los que trabajan con adolescentes muestran actos impulsivos y dificultad para adquirir una identidad grupal. Estos fenómenos de nuevo, son inconscientes y muy sutiles, por lo que en muchas ocasiones pasan inadvertido.

En relación al nivel institucional, se sostiene que las personas al enfrentar su trabajo utilizan mecanismos de defensas inconscientes en consonancia con el modo en que la institución estructura el funcionamiento colectivo, y al mismo tiempo se construye un sistema social defensivo que ayuda al individuo a eliminar la culpa, la ansiedad y la incertidumbre que evocan ansiedades primitivas, al enfrentarse a la tarea (Sanfuentes, 2008):

“Si bien todas las estrategias intentan proteger al individuo de contactarse con la ansiedad que emerge del enfrentamiento de la tarea primaria, sus consecuencia pueden ser muy negativas tanto para la persona como para la organización como totalidad”
(Sanfuentes, 2008 p. 61).

En el caso específico de quienes trabajan con personas, en especial en el campo de la salud, Menzies señala que éstas obtienen en gran parte su satisfacción en el contacto humano y en la recuperación posible de las personas. Es también, relevante poder usar el juicio en la toma de decisiones de esta manera, en la medida que las tareas se subdividen – como mecanismo de defensa – el individuo se disocia socavando también la implicación subjetiva y mental necesaria para realizar su trabajo. Esta desimplicación, constituye una de las dimensiones centrales del Síndrome de Burnout, a través de la despersonalización y cinismo.

De acuerdo a Menzies (Sanfuentes, 2008) todas estas consecuencias negativas no pueden ser solo explicadas por la naturaleza de la tarea, sino que existe una institucionalización de mecanismos defensivos que fomenta la evitación de la ansiedad propia del trabajo, que finalmente redundaría en una pérdida del contacto con la realidad. Es decir, el Burnout desde este punto de vista, tendría más relación con la institución que con las características individuales o de la tarea.

4.3.3 Psicodinámica del trabajo:

Cristopher Dejours (2012) uno de los principales exponentes de la Psicodinámica del Trabajo, plantea desde sus investigaciones en torno al sufrimiento en el campo laboral, que el trabajo de producción (*poiesis*) de servicios, de productos, o trabajo propiamente dicho, no puede realizarse sin el *trabajo psíquico (arbeit)* del cual habla Freud mayormente en el *Malestar en la Cultura* (1929), designando con el término *trabajo vivo* al proceso completo que implica a ambos.

Dejours propone al trabajo no solo como destino y posibilidad de tramitación de pulsiones de nuestra vida psíquica (trabajo psíquico) si no

que lo ve como *“una segunda oportunidad, después de la infancia, de incrementar los poderes del cuerpo y experimentarse a sí mismo y gozar de sí”* (Dejours, 2012, p.168) como una experiencia que implica al ser en su totalidad, y por ende la movilización de la subjetividad.

Para Dejours (2012), a todo trabajo le es inherente montos de ansiedad que pueden derivar en sufrimiento psíquico, pero existirían mecanismo para que la experiencia del trabajo aun cuando tuviera que pasar por momentos de ansiedad y malestar, finalmente, se constituya en una experiencia de placer y salud mental. Estos mecanismos estarían asociados a la *dinámica del reconocimiento y de la identidad*. El trabajo dice Dejours es propiamente humano, ocurre ahí donde la técnica y las maquinas tienen su límite, ahí donde es convocado el esfuerzo, la inventiva, la inteligencia, el cuerpo del sujeto.

Como bien lo explica Navarrete y Chavez (2012) *“Reconocer el trabajo del otro implica aliviar la angustia, las dudas, las decepciones y desalientos que implica el silencio y peor aún la indiferencia frente a la calidad y el esfuerzo puesto en la actividad del trabajo”*. Esta dinámica, sostiene la identidad del sujeto en el trabajo, cuestión que no es menor desde la Psicodinámica del trabajo: *“La identidad constituye el armazón de la salud mental. No hay crisis psicopatológica que no tenga en su centro una crisis de identidad”* (Dejours, 2006).

Así, la construcción del sentido del trabajo es fundamental y pasa por el reconocimiento, pues el sujeto al ser gratificado respecto a sus expectativas sobre la realización de sí mismo, puede transformar el sufrimiento en placer, dinámica que erotiza directamente al sufrimiento.

Para Dejours (2013), el reconocimiento pasa por la construcción rigurosa de juicios (generados por otros), que se refieren al trabajo realizado en tanto al hacer, más no al juicio que se pueda hacer hacia las características de la persona. Las consecuencias del reconocimiento del hacer conllevan a una posterior gratificación identitaria.

El reconocimiento, al depender del juicio de otros, sólo funciona si existe un colectivo o comunidad de pares. Configurándose el colectivo como el eslabón fundamental de la dinámica intersubjetiva de la identidad laboral (Dejours, 2013). Para que se conforme un colectivo a su vez, la confianza resulta fundamental. Ésta se relaciona directamente con la deóntica, es decir, con la construcción de acuerdos, normas y reglas que encuadran la forma de ejecutar el trabajo, más allá de lo prescrito y dispuesto por la institución.

Por otro lado, si la dinámica del reconocimiento se paraliza, el sufrimiento ya no puede transformarse en placer y no encuentra sentido. Pudiéndose encontrar dos resultados posibles, desde la psicopatología una acumulación de displacer que puede llevar a una descompensación psiquiátrica o somática; o, desde la psicodinámica el desarrollo de estrategias defensivas para evitar la enfermedad mental, movilización entendida como racionalidad subjetiva, que como extrema consecuencia puede llevar a una paralización de la organización del trabajo. De cualquier forma, el sufrimiento y el placer en el trabajo deben su dinámica a la organización del trabajo y las dificultades, que hacen surgir restricciones tanto en la situación de trabajo- incluyendo conflictos entre los sujetos- como en la privada.

Desde la Psicodinámica del trabajo, se propone (Dejours, 2001), recurrir a la palabra del trabajador, como una herramienta fundamental, para el

acceso a la realidad del trabajador, y por tanto de sus malestares y sufrimiento. Su valor está, en que funciona como medio para hacer inteligible lo que aún no es consciente, pues el lenguaje es un medio para pensar la experiencia vivida subjetivamente. El lenguaje, sin embargo, sólo adquiere poder cuando se dirige a otros. De esta forma, se busca movilizar una palabra viva y sobretodo auténtica, en la que el sujeto hablante no se esfuerce únicamente en hacerse comprender, sino que trata de decir lo que considera sinceramente verdadero (Dejours, 2001). Ante esto, la pragmática del lenguaje presenta metodológicamente una dificultad, que tiene que ver con la autenticidad de la palabra frente a los intereses de los sujetos, pues independiente de los mecanismos defensivos, pueden haber ciertas razones para minimizar, ocultar, dramatizar o travestir la verdad que serían estratégicas dentro del equipo.

Se hace fundamental en este sentido, el análisis de la demanda, previo a intervenir en un equipo o colectivo de trabajo, ya que ésta nunca es obvia y explícita, precisa más bien de un trabajo de elaboración, pasar por el proceso de socialización de demanda y la construcción de una demanda validada por diferentes actores de la institución (Dejours, 2001).

Además, Dejours reflexiona sobre una dificultad respecto de las condiciones intersubjetivas propicias para la elaboración de lo vivido subjetivamente en el trabajo, que tienen directa relación con la naturaleza de la escucha. Ésta sólo tiene efecto si se constituye como una escucha arriesgada, es decir, cuando logra escuchar y hacerse cargo de lo escuchado: *“está en la base de lo que se puede considerar como una relación de equidad entre la palabra cargada por una demanda y la escucha arriesgada”* (2013, pág. 60).

4.4 El discurso institucional:

Habiendo hecho una revisión de manuales, normas y orientaciones técnicas de diferentes programas e instituciones podemos decir que el Estado Chileno ha mostrado preocupación por la salud mental en los espacios de trabajo, y ha realizado esfuerzos incorporando la noción de Autocuidado a través de la sensibilización sobre los riesgos laborales y la visibilización de las consecuencias en los distintos campos laborales.

Sin embargo, al mirar más detenidamente, si bien se recogen varias de las ideas que se expusieron en el apartado anterior, existen ciertos aspectos que se destacan pero otros que se omiten y no son nombrados.

En este apartado, se hará una sistematización del discurso institucional, y en especial, de lo que las instituciones que participaron de la presente investigación dicen respecto del Autocuidado de Equipos.

4.4.1 Definiciones y compromisos del Estado.

La creación del Consejo Nacional para la Promoción de Salud VIDA CHILE el año 1999 a través del Decreto Supremo 708 del Ministerio de Salud, puede considerarse uno de los antecedentes recientes respecto de la preocupación del Estado de Chile por la salud de los trabajadores el cual se posiciona como un esfuerzo que integra y afecta a instituciones del sector público y privado (MINSAL, 2005).

Este Consejo se propuso realizar un plan intersectorial de promoción de salud, focalizado en una primera fase en el sector educación y de ambientes comunitarios y familiar, para luego - a partir del año 2002 - dar importancia al ámbito laboral a través de la promoción de estilos y ambientes de vida saludable.

El Plan (1999) se crea en respuesta a la actual situación de salud, la que – como dice el mismo documento - predominan estilos de vida y ambientes

poco saludables, lo que ha conllevado a *“un aumento explosivo de la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, los distintos tipos de cáncer, accidentes y problemas de salud mental [lo que] demanda una decidida acción del conjunto de sectores de la sociedad”* (MINSAL, 2005 p. 11).

Por otra parte es posible relacionar la generación de este plan intersectorial con que en 1998 el Ministerio de Salud realiza una propuesta y operacionalización de la definición de “Promoción de la Salud”, a partir de las recomendaciones internacionales. Así, el Estado entenderá oficialmente por Promoción de Salud un *“bien social de carácter universal [que] proporciona a la población los medios para ejercer el mayor control sobre su propia salud e impulsa la creación de nuevas políticas públicas que otorguen mayor protección y bienestar”*, apuntando a que *“un mayor control conlleva a la idea de empoderamiento, en el sentido de asumir poder sobre las condiciones que afectan la vida”* (MINSAL, 2005 p. 18).

En cuanto a la promoción – específicamente – en los espacios de trabajo, en este documento se plantea que *“la implementación de políticas de promoción de la salud en los lugares de trabajo tiene como propósito la mantención y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los trabajadores, contribuyendo al mejoramiento de la imagen de la empresa y a la productividad, a su vez a la disminución de factores como gastos de salud, ausentismo laboral, entre otros.”* (MINSAL, 2005 p. 19), observándose un énfasis en los espacios laborales tipo empresariales, justificando este esfuerzo *“tanto por razones humanitarias (bienestar humano de las personas) como por razones empresariales (mejorar productividad y/o servicios”* (MINSAL, 2005 p.19) relevando también la idea de que *“sin lugar a dudas, la salud de la fuerza laboral de un país es*

fundamental para el bienestar socioeconómico de la Nación” (MINSAL, 2005 p.19).

Así, en el año 2005 a partir de un primer estudio de carácter cualitativo aparece un documento llamado *“Construyendo Políticas Saludables en el Lugar de Trabajo: el aporte de cinco experiencias”* (MINSAL, 2005) que sistematiza algunos conceptos, prioridades y líneas de acción en este campo y que se propone como aporte para la formulación e implementación de políticas públicas (aun como un desafío).

En este documento se sostiene que *“las políticas de promoción de salud en el espacio laboral tienen como propósito la mantención y mejoramiento de la salud y bienestar de los trabajadores, a través de la protección de riesgos del ambiente físico y social, estimulando su autoestima y el control de la propia salud y del medio ambiente”* (MINSAL, 2005 p.13).

El documento propone a su vez entender la salud desde una perspectiva positiva y ya no solo como ausencia de enfermedad y daño (en la línea de lo que plantea la Organización Mundial de la Salud OMS), *“partiendo de esta perspectiva, la promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas mejorar su salud, elevando el control de las condiciones que la determinan”* (MINSAL, 2005 p.16).

Si bien este documento no está dedicado específicamente a los ambientes de trabajo de los equipos psicosociales o de salud mental, sino que se trata de un documento genérico y transversal, se menciona el término Autocuidado dentro de las prioridades de intervención como parte de una estrategia de prevención.

De esta forma, en el apartado que se dedica a este tema, se señala que el énfasis en los lugares de trabajo debe dirigirse a crear conductas de

autocuidado con responsabilidad colectiva, es decir, a crear conciencia de los riesgos y efectos negativos de ciertas conductas individuales en la salud de los otros trabajadores. Además se indica que *“Al mismo tiempo, se requiere instalar capacidades colectivas de cuidado personal y del entorno laboral, junto con contribuir activamente al establecimiento de políticas institucionales y programas especiales de estilos de vida saludables apoyados por los niveles superiores”* (MINSAL, 2005 p. 40).

Aquí el Autocuidado como vemos está relacionado con la prevención de riesgos y accidentes, y también con la promoción de estilos de vida saludables con énfasis en la salud física, y se entiende como un proceso más individual (a pesar de que se utiliza la palabra colectivo):

“El autocuidado es un fenómeno activo, requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y decidir un curso de acción apropiado para su beneficio (...) es necesario que la empresa realice actividades que ejecuten voluntariamente y motivadas para mantener su salud y bienestar” (p. 40).

Como parte de las estrategias de autocuidado se mencionan: tener información y comunicación permanente sobre aspectos de salud corporal, psicológica, emocional y ambiental; desarrollar habilidades para la vida, que faciliten toma de decisiones adecuadas para la salud, para enfrentar dificultades y mejorar el autoestima; realización sistemática del Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA); Educación para el autocuidado personal y familiar abordando mitos y creencias de los empleados frente a asuntos de salud-enfermedad.

Aquí como vemos no se mencionan estrategias de Autocuidado de Equipos, al parecer porque se está pensando en un colectivo tipo empresa, de todas formas se menciona que cada realidad laboral deberá adecuar sus propias estrategias.

Por otra parte, el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en el año 2012 produjo una serie de manuales para la realización de capacitaciones presenciales en base al Modelo de Competencia Laborales con el fin de abordar el tema de Seguridad Laboral y Prevención de Riesgos.

Uno de los módulos lleva como título “Autocuidado en el lugar de trabajo”, *“el objetivo general de este módulo es introducir el concepto de “autocuidado” de la salud en el contexto laboral, reconociendo sus principales definiciones. Al mismo tiempo, aproximar a los diferentes tipos de riesgos a los que se exponen los y las trabajadores/as en cada uno de los sectores, asociando a ellos enfermedades profesionales. También se busca identificar las principales conductas y actitudes que propician el autocuidado, reconociendo técnicas y actividades que los y las trabajadores/as pueden desarrollar en sus vidas.” (.s/p).*

La Seguridad Laboral – incluyendo al Autocuidado – según este manual son una condición necesaria para desempeñar cualquier actividad productiva y se piensan como una competencia laboral que incluye la dimensión del “saber” (conocimientos), “saber hacer” (habilidades) y “saber ser / actuar” (prevención y seguridad).

En particular el Autocuidado se define como *“las prácticas cotidianas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud (...) destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por*

libre decisión, con el propósito de fortalecer o restaurar la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece (Ministerio del Trabajo, 2012, p.20)

Además se especifican algunos principios en los que se sostiene el autocuidado:

“1. El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario del individuo para consigo mismo.

2. El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana.

3. El autocuidado se sustenta de un sistema formal como es el de salud, e informal con el apoyo social.

4. El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento, la elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.

5. Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.

6. Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación, y la resiliencia.” (p. 20-21)

El documento completo define y explica una serie de conceptos entre ellos: riesgos laborales, ergonomía, carga laboral y relaciona a estos los factores de riesgos (psicosociales, físicos, organizacionales, etc.) y protectores, técnicas de autocuidado. Nuevamente el foco se pone en el individuo, a pesar de que se nombran factores psicosociales de riesgos interactuantes.

Me interesa mostrar la noción de trabajo y carga laboral, la noción de riesgos psicosocial, junto con revisar algunas técnicas y condiciones para el autocuidado a la que este manual pone énfasis.

Sobre el trabajo dice que *“es una actividad humana a través de la cual el individuo, con su fuerza y su inteligencia, transforma la realidad. La ejecución de un trabajo implica el desarrollo de unas operaciones motoras y cognoscitivas. El grado de movilización que la persona debe realizar para efectuar la tarea, los mecanismos físicos y mentales que debe poner en juego, determinarán la carga de trabajo”* (p. 35), es decir, no se entiende al trabajo como algo que implica también la emocionalidad y aspectos sociales.

En relación a la noción de carga de trabajo - siguiendo esta lógica - se la divide en carga física y mental, y de esta última se explicita que *“está determinada por la cantidad y el tipo de información que debe tratarse en un puesto de trabajo. Dicho de otro modo, un trabajo intelectual implica que el cerebro recibe unos estímulos a los que debe dar respuesta, lo que supone una actividad cognitiva que podemos estructurar en: detectar información e identificarla, decodificarla e interpretarla, elaborar las posibles respuestas, elegir la más adecuada y emitir la respuesta”* (p. 37), casi al modo de una metáfora computacional y haciendo una división casi ficticia entre trabajo manual e intelectual, como si un trabajador que trabaja

en lo “intelectual” no implicara también a su cuerpo, y al contrario, como si un trabajador que soporta esfuerzo físico no involucrara también su mente.

El manual pone énfasis en estrategias y factores que permiten el Autocuidado de la salud, en un sentido amplio. Entre los aspectos que dependen de la propia persona en las conductas de autocuidado, estaría la voluntad, para llevar acabo actitudes e incluir hábitos, y el poder tomar decisiones en base a conocimientos, aun cuando se hace una salvedad señalando que *“no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen”* (p. 40), sin especificar en cuáles sería estos factores.

Entre los factores externos, que hacen posible la realización de conductas de autocuidado y que no dependen de las personas, estarían: factores culturales (mitos, creencias, tradiciones, etc.), factores de género, factores científicos tecnológicos, factores políticos y económicos. Especial énfasis se pone acá a la necesidad de contar con un respaldo político y en concreto de políticas públicas que posibilite llevar a cabo el autocuidado, *“Para el autocuidado es necesario, tanto el respaldo político a las acciones gubernamentales y ciudadanas, como el establecimiento de políticas públicas saludables, con el fin de garantizar a personas y comunidades un marco legal que apoye los esfuerzos en pro del desarrollo y, por ende, del cuidado de su salud”* (p.41).

En el apartado específico de técnicas de autocuidado - que destaca las competencias que dependen de la propia persona - se menciona la importancia que tienen las redes sociales y el apoyo social en el autocuidado de la salud, definido como el procesos en que la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma, a partir de un proceso de empoderamiento. El empoderamiento a su vez se entiende como *“la*

capacidad que tienen las personas y los colectivos para hacerse cargo de sus problemas y hacer avanzar su causa, con el fin de revertir el sentimiento de impotencia, favorecer el sentido de control personal, desarrollar habilidades de movilización y así, cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud” (p.42).

Por otra parte, se sugiere que los lugares de trabajo desarrollen programas de prevención frente a algunas conductas de riesgo que inciden en el autocuidado como son el consumo de alcohol y drogas, la automedicación. La visión que se propone - coherente con lo que se plantea a lo largo de todo el manual - es que educar en torno a los riesgos de realizar estas conductas, permite tener personas más informadas y capaces de tomar decisiones.

Por último en el manual se explica que preocuparse del autocuidado trae beneficios para la vida personal como para la vida laboral, relacionándolo con la capacidad de enfrentar exitosa y positivamente situaciones adversas, establecer relaciones cordiales en el trabajo, capacidad para evaluar y controlar tentaciones inmediatas orientándose por metas, ser empático y responsable en todo momento. Se habla de habilidades y destrezas para el control del estrés, de la alimentación, de las relaciones sociales, como parte del autocuidado, pero se desarrollan en extenso y a través del modelo de aprendizaje por competencia con una actividad práctica sólo las técnicas individuales relacionadas con el control del estrés y la adaptabilidad a cambios.

Entre las técnicas que se desarrollan están: La autoevaluación personal, que incluye la identificación de las propias conductas de riesgo, necesidad de cambio o mejoras. La autorregulación de comportamientos: Expresión y control de las emociones, ideas y auto instrucciones. La importancia de

evaluar aspectos emocionales, de pensamiento y conductuales, con el fin de desarrollar comportamientos que respondan a nuestras necesidades, *“es útil reconocer nuestra responsabilidad de tener una vida privada satisfactoria y gratificante, para no buscar en las personas con quienes trabajamos la solución a necesidades personales. ¿Cómo? Reafirmando identidad, reconociendo y curando heridas del pasado, creando seguridad. Para la realización de esto podría recurrir a alguna terapia o acudir a un grupo de ayuda”* (p.46). También se propone, transformar la manera de pensar, a través del reconocimiento de pensamientos deformados que dificultan la relación con otros, para luego modificarlos. Entre los pensamientos deformados que se especifican estarían: el filtraje, el pensamiento polarizado, la visión catastrófica, la personalización, tener siempre la razón y los “debería”.

La técnica que se aplicaría en este caso, es la reflexión y la auto observación, buscar la opinión de cercanos y las otras personas que trabajan.

Los esfuerzo por sistematizar y definir el autocuidado expuestos hasta ahora, pueden considerarse suprainstitucionales y transversales, ya que han sido desarrollados por dos Ministerios (Salud y Trabajo) que buscan instalar la noción de Autocuidado en el ámbito laboral, a todos los rubros productivos y de servicios, como medida de promoción que garantiza estratégicamente disminución de costos, beneficios a la salud de la población trabajadora y sus familias, apuntando también a la eficiencia de los lugares de trabajo.

Como se puede observar, todo lo que se plantea tiene un marcado cognitivismo a la base y responde a un paradigma basado en la racionalidad, que se aleja de todos los fenómenos que inciden en los grupos

humanos y equipos laborales que se pudieron describir en el apartado en el que se desarrollaron las ideas propias del psicoanálisis.

4.4.2 Manuales de Orientación y Sugerencias de algunos Programas:

Se encuentran otros esfuerzos para definir y orientar las prácticas de autocuidado de equipo, dirigidos específicamente al campo de la salud mental y equipos psicosociales, en compilaciones y manuales desarrollados por y para los Programas estatales.

El Programa Chile Solidario, realizó el *Manual de Orientación para la Reflexividad y el Autocuidado: Dirigido a Coordinadores de Equipos Psicosociales* (MIDEPLAN, 2010). Desde el principio en éste se reconoce que la tarea a la que se enfrentan los profesionales produce dolor, frustración y un cuestionamiento o confrontación permanente con la propia biografía, “*el acompañamiento psicosocial, la construcción del vínculo de apoyo con los usuarios, implica un gran esfuerzo de contención, comprensión y canalización de procesos psico emocionales de alto impacto, generados por la situación vital de exclusión, sobrevivencia, dolor, sufrimiento y desesperanza en la que se encuentran la mayoría de las personas al inicio de la intervención (p. 15)*” y se da a entender que es necesario cuidar a los integrantes de los equipos: “*Ellos y ellas son el recurso más valioso de este programa. Sin ellos, el apoyo psicosocial no existe y, la protección social pierde su recurso fundamental. Por eso es necesario generar estrategias y destinar recursos para construir una cultura de autocuidado, de equipos y de las personas*” (p. 11).

En este escenario, se afirma, el riesgo de aparición de desgaste profesional está siempre presente, más cuando no se tiene la preparación suficiente, herramientas, estrategias y apoyos necesarios para protegerse de esta alta demanda.

Los equipos requieren desarrollar por lo tanto la *competencia* de autocuidado profesional, para que puedan implementar estrategias de regulación de la demanda psico emocional, de modo que pueda ser disipada oportunamente y renovada en su lugar, por un estado de integridad personal y profesional.

Se reconocen además las consecuencias que existen cuando los profesionales y equipos se exponen sin cuidado a las tareas que implican el programa y se utilizan los argumentos de algunos de los autores ya revisados para justificar la necesidad del cuidado:

“quienes trabajan con víctimas de cualquier tipo de violencia están expuestas a un nivel de desgaste profesional, que puede llegar al agotamiento profesional (...) y ser la causa de trastornos psicológicos graves, del abandono de la profesión o del abandono del campo de trabajo (...) estas tendencias impactan a los grupos de trabajo, erosionándolos con graves consecuencias para su supervivencia como equipo, para sus integrantes y para quienes consultan” (Aron, 2001 citado en MIDEPLAN, 2010).

Se dice también que la necesidad de autocuidado profesional es fundamental para cualquier intervención que se declare adecuada en relación a la protección, *“por lo que se debe considerar un dispositivo para despertar, promover, mantener y proteger la implicación ética y política de los profesionales” (Barudy, 1999 citado en Manual p. 16)* sin que esto signifique que el *“autocuidado se transforme en un elemento más de exigencia y evaluación para los profesionales” (p.17).*

En el manual se propone una evaluación de tres niveles, para que a partir de ahí, se desarrollen actividades de autocuidado: nivel individual, colectivo e Institucional.

En los aspectos individuales del sufrimiento y el cuidado, plantea básicamente observar si existen síntomas correspondientes a patologías como el Burnout, Estrés y Traumatización Vicaria. Patologías relacionadas a la complejidad de la tarea a la que se exponen los miembros de un equipo en el campo específico de servicios de ayuda y trabajo con personas. Se propone una pauta de autoevaluación para detectar precozmente el riesgo a presentar el síndrome de burnout según una serie de ítems en los que se evalúa la presencia o ausencia:

“Cumplimiento de Tareas Laborales:

- *Disminución de la calidad en el trabajo.*
- *Disminución en cantidad de trabajo.*
- *Baja motivación.*
- *Evitación de tareas laborales.*
- *Aumento en errores en el trabajo.*
- *Volverse perfeccionista.*
- *Volverse obsesionado con los detalles.*

Actitud / motivación.

- *Disminución de la confianza en sí mismo*
- *Pérdida de interés en las cosas que antes le atraían.*
- *Insatisfacción en general.*
- *Actitud negativa.*
- *Apatía.*
- *Desmoralización*
- *Sentimientos de ser incompleto.*

Interpersonal:

- *Distanciamiento emocional de los colegas y amigos.*
- *Impaciencia.*

- *Disminución en la calidad de las relaciones personales.*
- *Disminución de la comunicación con los amigos.*
- *Perder la prioridad de las necesidades propias.*
- *Conflictos con el equipo de trabajo.*

Conductual:

- *Ausentismo laboral*
- *Agotamiento.*
- *Juicio poco certero.*
- *Irritabilidad*
- *Impuntualidad.*
- *Irresponsabilidad.*
- *Sobrecargarse de trabajo” (p. 23).*

Respecto al Nivel Colectivo hace referencia y ejemplifica detalladamente algunos elementos constitutivos de la noción de Equipo de Trabajo, que habría que tener en cuenta para que funcionen de manera armónica:

- *“Desconfianza: Los miembros de un equipo donde no hay confianza...Se ocultan debilidades y errores, ante el temor a la descalificación y la evaluación negativa; Vacilan antes de pedir ayuda o compartir impresiones constructivas; Vacilan antes de ofrecer ayuda fuera de sus propias áreas de responsabilidad.; Llegan a conclusiones acerca de las intenciones o aptitudes de otros sin tratar de aclararlas; No reconocen ni examinan mutuamente las capacidades y experiencias; Pierden tiempo y energía controlando su conducta para impresionar de un modo determinado que implique aceptación; Ocultan los resentimientos y no saben valorar la crítica constructiva; Evaden las reuniones e instancias de encuentro y buscan razones para evitar pasar tiempo juntos.*
- *Abordaje de conflictos: Los equipos que temen el conflicto: Tienen reuniones más bien monótonas y rutinarias; Crean un ambiente propicio para la lucha por el poder y los ataques personales; Ignoran temas polémicos que son decisivos para el éxito del equipo; No se interesan tanto por las opiniones y*

perspectivas de los miembros del equipo; Pierden tiempo y energía en fingimientos y en evitar el riesgo en las relaciones interpersonales.

- *Falta de compromiso: Un equipo que no se compromete...: Se plantea ambiguamente frente a la dirección y las prioridades; Pierden oportunidades debido al excesivo análisis y la innecesaria postergación; Alimenta la ausencia de confianza y el temor al fracaso; Vuelve una y otra vez a las mismas discusiones y decisiones, sin perspectivas de resolución; Alienta la suspicacia en los miembros del equipo.*
- *Asunción de responsabilidades: Un equipo que evita la obligación de pedir responsabilidades...: Crea resentimiento en miembros que tienen diferentes estándares de rendimiento; Alienta la mediocridad, el rendir a medias; No cumple con las fechas límite ni con cumplimientos clave; Pone sobre los hombros del líder un peso indebido como única fuente de disciplina.*
- *Enfoque en los resultados: Un equipo que no se enfoca en los resultados...: Se estanca, no crece; Muy pocas veces alcanza y supera desafíos conjuntos; Se pierde la orientación al logro; Alienta a sus miembros a enfocarse en sus propias carreras y metas individuales; Se distrae fácilmente con datos anexos.*
- *En la medida que estos ámbitos se presentan de este modo en los equipos profesionales, surgen dinámicas en los equipos caracterizadas por: Diferencias, distorsiones, ruidos y confusiones en los modos de comunicación entre sus miembros; Debilitación de una noción compartida de misión, tarea y objetivos de trabajo conjunto; Tendencia más bien a la desintegración grupal, constituyéndose sub grupos a partir de afinidades y coincidencias de opinión, enfoque o estilos de algunos de sus miembros; Desarticulación y descoordinación en el trabajo conjunto; Disminución de la mutua valoración personal- profesional frente a criterios enfocados a nociones cuantitativas y de resultados, más que de procesos y relaciones;*

Todos estos elementos pueden considerarse que forman parte de los Riesgos de Equipo” (p. 24-26).

Respecto al Nivel Institucional se refuerza la idea de que *“es necesario resguardar condiciones básicas que promuevan el surgimiento posterior de iniciativas de auto cuidado profesional, ya sea desde la coordinación como desde los propios profesionales”*, y se detallan algunos aspectos institucionales a evaluar:

- Resguardo de la integridad frente a los riesgos que esta labor conlleva, especialmente, en el trabajo de terreno;
- Consideración equilibrada de criterios evaluativos cualitativos de proceso frente a criterios cuantitativos por resultados al momento de evaluar el desempeño del profesional.
- Una coordinación institucional con las instancias que constituyen el gobierno local, las redes de apoyo y servicios ciudadanos para procurar su colaboración y sintonía.

En cuanto a las condiciones infra estructurales, es necesario considerar:

- Condiciones propicias para las labores de registro, reuniones, supervisión, coordinación y de gestión administrativa.
- Espacios disponibles y adecuados para un trabajo que permita tanto el desempeño individual como grupal de los profesionales.
- Suministro suficiente de recursos de oficina, materiales de comunicación, registro y almacenamiento de información y documentación acerca de los usuarios atendidos.
- Disponibilidad adecuada de medios de transporte para traslado a terreno en horarios oportunamente comprometidos.

- Condiciones de comodidad, privacidad, regulación de estímulos acústicos y de restricción de la libre circulación de personas en los espacios de trabajo.

Respecto de las condiciones programáticas, señala la necesidad de pensar en qué medida existe:

- Proporción entre horas de trabajo asignadas, cantidad de casos y tiempos asignados para el trabajo en terreno y el trabajo técnico administrativo.
- Adecuado número de casos asignados con problemáticas especialmente críticas, ya que éstos generan mayor demanda de atención e involucramiento al profesional.
- Regularidad de los espacios de coordinación de equipo y de análisis de casos
- Énfasis equitativo en la destinación de horas de reuniones a temas relativos a la calidad de la intervención, respecto de las reuniones dedicadas a temas de gestión y administración
- Consideraciones para mantener despejadas las horas de jornada programática respecto de labores extra a partir de requerimientos institucionales emergentes no contemplados inicialmente dentro de la jornada laboral.

Se define en el manual que a partir del reconocimiento del funcionamiento de estas áreas, es necesario realizar estrategias de autocuidado en los diferentes niveles de manera simultánea y paralela, desde una perspectiva promocional, de encuadre positivo que permita el desarrollo de capacidades, y no solo el abordaje de los problemas y focalización en los conflictos (Encuadre Negativo), a partir de una noción bio-psico-social del autocuidado.

Lo destacable de este manual es que pone en el mismo nivel la importancia del autocuidado personal, del autocuidado del equipo destacando y demarcando dos unidades diferentes y que tienen requerimientos también distintos.

Respecto al autocuidado de equipo propone como decíamos un trabajo de encuadre positivo que proporcione herramientas y fortalezca ciertos aspectos para que *el equipo en sí mismo opere como autocuidado*:

- *“Cohesión grupal en torno a un sentido compartido de tarea: Se comparte una noción de grupo basada en la constitución como tal a partir de un sistema de vínculos de mutuo reconocimiento, en torno a un sentido compartido sobre la misión que los convoca, lo que constituye el trasfondo de la labor de apoyo psicosocial (...) En la medida que sentido y encuadre se comparten en el equipo, se contribuye a sumar cohesión grupal.*
- *Comunicación fluida y directa: (...)Esto se refiere a la capacidad de comentar, de opinar, desde un estatus de observador consciente y reflexivo, acerca de los contenidos y los modos de comunicación que se establecen entre sus integrantes, de modo que de esta forma se evitan los malos entendidos, los “ruidos”, las distorsiones, los mensajes implícitos, los dobles discursos, y las inconsistencias o incongruencias entre lo dicho y la forma.*
- *Auto conocimiento de equipo, y mutuo conocimiento entre sus integrantes: (...) conocerse y reconocerse en sus características compartidas en conjunto, tanto como en las características*

de cada uno (...) mutuo reconocimiento de sus integrantes en base al conocimiento de sus características positivas, como de las debilidades, en donde los demás integrantes se plantean desde una perspectiva de apoyo frente a ellas.

- *Disposición a la mutua contención y apoyo:*

Cuando el equipo es consiente en su conjunto de la naturaleza y particularidad de su labor, en tanto se aborda un fenómeno complejo (...) pueden desarrollar la capacidad de estar atentos, tanto el Coordinador como los demás integrantes, a procurarse espacios de apoyo y contención especialmente en casos emergentes que lo requieran.

- *Apertura al apoyo de redes externas:*

(..) es necesario contar con redes de apoyo circundantes, referidos a los temas que el equipo aborda con sus usuarios, así como contar con instancias de intercambio en temas de desarrollo profesional de sus integrantes.

- *Apertura a la asesoría y capacitación externa*

(...) disposición permanente, sobre la base de evaluaciones constantes acerca del trabajo realizado por periodos, a especificar necesidades de capacitación y perfeccionamiento profesional tendientes a mejorar tanto la efectividad de la labor, como el fortalecimiento y cuidado de los integrantes del equipo.

- *Desarrollo colaborativo de estilos de liderazgo constructivos:*

(...) combina capacidades de conducción, orientación, delegación, distribución y colaboración por parte del Coordinador del equipo, junto con una disposición de todo el

equipo a recibir dicha coordinación y compartir responsabilidades mutuas. Por cierto que esto requiere un encuadre claro de los roles de coordinación y de los profesionales que ejecutan el servicio de apoyo psicosocial.

- *Capacidad de crítica y auto crítica constructiva*

(...) en conjunto mirarse en su práctica y en su propio enfoque, reconociendo aspectos fuertes y deficitarios con un ánimo constructivo, en una perspectiva de crecimiento y no de evaluación negativa, de modo que se hace posible mirarse desde los encuadres positivo y negativo siempre en una perspectiva constructiva, de mejoramiento y avance”.(p. 36 - 38)

El manual a su vez guarda un apartado especial para el coordinador de equipo a quien le identifica responsabilidades concretas para promover el cuidado del equipo. Señala la importancia de que esta tenga una estabilidad personal, y que los diferentes ámbitos de la vida estén en equilibrio en términos de tiempo de dedicación como factor protector. Se le sugiere un permanente ejercicio autoreflexivo. Desde el rol cotidiano de la coordinación, se sugiere por otra parte, que se favorezcan los aspectos que propone Aron (2004) para el desarrollo cotidiano de la labor del equipo de profesionales de apoyo psicosocial.

Otro manual que fue revisado fue el de la Comisión Nacional del Sida del MINSAL que se titula: “Cuidándonos del desgaste laboral: guía de sugerencias y actividades para el afrontamiento del estrés y el burnout en personas y equipos que trabajan en vih/sida y ets” (MINSAL, 2006).

Si se aborda de manera detallada, encontramos la referencia a los mismos autores que ya hemos revisados y por lo mismo no lo abordaremos en extenso en este caso, como se hizo en el anterior. Solo se puntualizará la ilación del argumento en la presentación del texto y el lugar que le da a lo institucional.

La presentación dice:

“Esta guía ha sido diseñada pensando en el rol de consejero/a o como integrante de un equipo tratante de personas que viven con el VIH, sea que realices tu trabajo desde la Red Asistencial de los Servicios de Salud Pública del país o en una Organización de la Sociedad Civil. La guía que te presentamos se divide en tres capítulos y en ella encontrarás:

- **CAPÍTULO I**

“Hablemos de Estrés y Desgaste Laboral”: en este capítulo encontrarás contenidos que abordan el desgaste laboral como resultado del estrés, entregando elementos comprensivos para hacer distinciones entre estrés leve o común y el de tipo laboral de carácter crónico, conocido también como síndrome burnout. Provee de información sobre los síntomas de éste último, los factores de riesgo y los efectos en las personas que trabajan directamente en VIH/SIDA y ETS. Invita a observar e identificar señales de desgaste laboral en ti misma/o y tus colegas del equipo de trabajo y la importancia de activar el autocuidado individual y el cuidado de los equipos, al mismo tiempo que releva el rol de las instituciones en la implementación de medidas protectoras de la salud de sus trabajadores/as.

- **CAPÍTULO II**

“Prevenir es mejor que curar”: contiene un conjunto de Reflexiones y sugerencias para el autocuidado individual y de equipo reforzando la importancia de darse el tiempo para prevenir el desgaste laboral. Incluye sugerencias que pueden ser puestas en práctica en el trabajo como fuera de él, y otras de tipo organizativo e institucional, muy importante de considerar por las implicancias que esta dimensión tiene en la prevención del estrés y el desgaste laboral de las personas que trabajan en VIH/SIDA y ETS.

CAPÍTULO III

“Batería de actividades”: en este capítulo encontrarás una descripción de las actividades sugeridas. Aquellas de tipo grupal y de equipo requieren ser facilitadas por una persona externa con experiencia en trabajo grupal y con conocimiento de lo que implica el trabajo en VIH/SIDA y ETS.

Contiene además, un CD de relajación y autocuidado creado especialmente para ti. En él encontrarás un ejercicio guiado de relajación, un ejercicio de tensión-distensión muscular y una propuesta musical para la realización de un ejercicio de recuperación de energía. Cada una de estas actividades puede realizarse en forma individual y en forma grupal y las puedes realizar en forma secuencial o bien elegir la que más te convenga de acuerdo a tus necesidades” (MINSAL 2006, pp. 9 -10).

Como se puede leer, la presentación articula las nociones de desgaste laboral y síndrome de Burnout y sitúa las condiciones laborales e institucionales en un lugar importante para su prevención. En términos muy

generales se plantea que *“la única alternativa que existe para que el desgaste laboral no afecte la salud y bienestar de los equipos, es el desarrollo de procesos de “autocuidado” y “cuidado de los equipos” (...) recursos protectores que facilitan en el corto y largo plazo una mejor adaptación y satisfacción laboral” (MINSAL, 2006, p.14).* Sin embargo - frecuentemente según el autor - *“estos procesos se han asociado al desarrollo de actividades de diversa índole, en general propuestas por un tercero externo a los equipos, que viene a “hacer autocuidado” y facilita que las personas vivan un momento especial de distensión y comunicación. Si bien esta comprensión no es errada, carece de un ingrediente primordial: el autocuidado como el cuidado a los equipos aluden principalmente a una actitud cotidiana de las personas y los equipos de trabajo en el desempeño de su labor. Es decir, una manera de “pensar, hacer, estar y comprometerse con el trabajo” de forma saludable y en una perspectiva de largo plazo” (MINSAL, 2006, p.15).* Enfatizando una idea de autocuidado como algo cotidiano.

En el apartado destinado al rol que juegan las instituciones en esto: *El cuidado a los equipos: buenas prácticas organizacionales*, siguiendo las definiciones del Ministerio de Salud, se plantea que el espacio laboral cumple una función insustituible en la promoción y cuidado de la salud de las personas:

“una institución saludable es aquella que promueve el bienestar social y familiar de los trabajadores/as, a través de la protección de riesgos físicos, ambientales y psicológicos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del medio ambiente” (MINSAL, 2002 citado en MINSAL, 2006).

Junto a esto se mencionan los planteamiento de la Organización Internacional del Trabajo OIT que sostiene que las organizaciones deben colaborar con el cuidado de los/as trabajadores/as y hacer frente al estrés, reorganizando, si es necesario, el ambiente de trabajo en función de las aptitudes y aspiraciones humanas.

Como se ha señalado, en esta guía se asume que el autocuidado es un nivel que apela a la responsabilidad individual y entre pares y el cuidado de los equipos es una tarea de las instituciones.

Se da importancia a que los directivos de las instituciones conozcan los procesos propios de las enfermedades laborales y en los campos específicos de sus tareas, *“contar con esta información evitará personalizar los comportamientos que se observan y reconocer los factores laborales implicados en malestares, enfermedades y/o acciones de los miembros de los equipos”* (p.48).

Se afirma también en este contexto lo que plantea Aron: *“Las personas requieren apoyo social en las organizaciones, esto involucra la información que convence a una persona de que los otros la quieren y se preocupan por ella (apoyo emocional), que otros la respetan y valoran (apoyo de confirmación) y que son parte de una red de comunicación y apoyo mutuo (red de apoyo). Si en un equipo y en una institución las personas no tienen apoyo social adecuado, hay una alta probabilidad de sufrir tensión y estrés”* (p.47).

En este sentido, las instituciones interesadas en la salud y necesidades de sus trabajadores/as que desarrollen propuestas que respondan a esas necesidades, se podrían calificar como aquellas que “cuidan a sus equipos”.

Se sugiere, evaluaciones frecuentes a nivel institucional respecto de las condiciones laborales de los equipos para detectar las señales de desgaste vinculadas: *“al tipo de trabajo que realizan, a las condiciones laborales, la organización del trabajo, y al igual que en otras áreas productivas o de servicios, a la posible existencia de prácticas de acoso moral en el trabajo o mobbing, problemática laboral que está siendo reconocida recientemente en nuestro país”* (p. 48)

Una de las actitudes más recomendables para directivos, es prestar atención a las sugerencias y demandas de los equipos, ser receptivos a las propuestas que reciben e intentar responder a pesar de que la respuesta sea negativa, explicando los motivos. Asimismo, contar con estilos de liderazgo y gestión que favorecen la pro-actividad, junto a personas en cargos de coordinación competentes y con capacidad de trabajo en equipo, son factores protectores del desgaste laboral.

Las instituciones juegan un rol fundamental en la generación de mejoras para que los equipos trabajen de la manera más saludable posible y para eso es importante (MINSAL, 2006):

- Respecto del ambiente físico y las condiciones laborales: Cumplir con las leyes laborales, brindar estabilidad laboral y espacios físicos adecuados, proveer de materiales e infraestructura para realizar el trabajo y para la realización de encuentros.
- Respecto de la organización del trabajo: Favorecer la constitución de equipos de trabajo y proveer de herramientas en este nivel. Confiar en sus equipos de trabajo y en las decisiones y sugerencias que realizan. Monitorear, apoyar y supervisar a nuevos profesionales,

organizar y distribuir tareas en forma equitativa, cerciorarse que los equipos conocen las funciones y tareas de cada integrante.

- Brindar recursos y asesorías para afrontamiento de las dificultades:
Favorecer procesos de apoyo y acompañamiento por parte de un tercero tanto a los equipos como a nivel individual. Esto implica incorporar esta actividad con financiamiento definido. Respetar las reuniones de equipo y no fijar otras actividades para esos momentos. Desarrollar programas de capacitación y formación permanente, Visualizar focos conflictivos y facilitar la asesoría externa en situaciones de conflicto grupal. Brindar supervisión de casos y apoyo técnico en temáticas de interés, generar vías de comunicación expeditas.

4.4.3 Orientaciones y Norma técnica de los Equipos Investigados:

Para la investigación de campo se escogieron algunos equipos de Programas del Estado que cumplieran con el requisito de que se encontraran definiciones explícitas sobre el autocuidado en sus normas técnicas, las que a diferencia de los manuales, tienen un estatuto superior ya que se traducen en prácticas concretas resguardadas por la normativa legal.

A continuación pasaremos a revisar la normativa específica de las instituciones que participaron en la presente investigación respecto al autocuidado de equipo.

A) Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM)

Los Centros Comunitarios de Salud Mental - según su norma técnica - contarán con un equipo interdisciplinario el cual debe incluir dentro de la distribución de horas semanales “una proporción no menor al 30% para

actividades coadyuvantes, trabajo administrativo y capacitación (reuniones clínicas y administrativas, autocuidado de equipo, registros, etc.)” (Norma Técnica N° 106 Para la implementación y funcionamiento de Centro de Salud Mental Comunitarios, p.16).

En el apartado XII referente a la Gestión de la Atención, se determina que la dirección, coordinación y organización de las prácticas técnico-administrativas para la atención de los usuarios y sus familias, debe estar orientada al desarrollo de aquellos aspectos esenciales que garanticen un desempeño de excelencia, entre los cuales se especifican varios punto, y dentro de ellos cabe destacar lo que señala el punto 5: Trabajo en equipo y autocuidado.

En este punto, se dice que la dinámica de todos los procesos de atención del centro deben estar basadas en el trabajo en equipo, esto significa que los diversos integrantes del equipo, técnicos y profesionales, deben articular su accionar de manera tal que todos manejen la misma información administrativas y clínica, sobre las normas y procedimientos de la atención, se tomen decisiones conjuntas especialmente en los temas relativos al diagnósticos, diseños de planes de tratamiento y evaluación de resultados en las usuarios, junto con que se complementen los roles profesionales para dar una atención integral e integrada de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Para el COSAM, según su normativa, es fundamental que el equipo se reúna semanalmente, intercambie información clínica y administrativa, tome decisiones colectivas sobre la solución de problemas, y se distribuya tareas eficientemente.

Dentro de los objetivos se señala que sin lugar a dudas el foco de discusión principal del equipo debiera ser el estado de avance en los planes de

tratamiento de los usuarios atendidos, la reformulación de objetivos y actividades, y la decisión de egreso, sin embargo, también debieran ser discutidos los componentes de la atención relativos a la atención de público, el agendamiento de horas, la marcha de las actividades programadas, las dificultades técnico-administrativas que se presenten y el estado del arte en la convivencia, carga y organización.

Así, se especifica que:

“El trabajo en equipo no solo se expresa porque existe un conjunto de personas técnicas y profesionales que trabajan en un mismo lugar, sino por la capacidad que tengan esas personas de complementar sus roles y funciones, dialogar permanentemente la visión y objetivos comunes, realizar actividades colaborativas que apoyen su desarrollo laboral y el bienestar de los usuarios que atienden.

Un espacio permanente de intercambio de información, de conocimientos, de contención emocional y apoyo en la toma de decisiones, es fundamental para el autocuidado de los equipos de salud mental.

El autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría una persona para controlar los factores internos y externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. En consecuencia, el autocuidado en el ámbito laboral se refiere al conjunto de competencias laborales que permite a un trabajador tomar buenas decisiones al enfrentar riesgos, y desarrollar prácticas y hábitos que le permitan mantener e incluso mejorar proactivamente su seguridad y su salud.

El equipo del Centro de Salud mental Comunitario debe elaborar y desarrollar un programa de autocuidado que considere tanto la dimensión institucional relacionada con la necesidad de cuidar y proteger a sus recursos humanos, como la dimensión individual asociada con la capacidad de autocuidado personal y colectiva desarrollada por los propios trabajadores. En ambas dimensiones, el programa de autocuidado debe contemplar en los 6 ejes que fortalecen el autocuidado, a saber:

- *Buen clima laboral, es decir, un ambiente de trabajo que facilite el desarrollo personal y grupal, posibilitando la comunicación y las relaciones humanas.*
- *Capacitaciones: con el propósito de incrementar la seguridad personal en el desempeño de tareas.*
- *Información clara sobre redes de ayuda: con el objetivo de contar con instancias para poder derivar a los usuarios que requieran respuestas distintas a las que puede entregar el centro.*
- *Desarrollo de habilidades: que apunten a incrementar los niveles de desempeño y manejo de conflictos grupales.*
- *Supervisión externa: para apoyar al equipo en la resolución de conflictos que interfieren en el trabajo.*
- *Grupos y Espacios de Autocuidado”. (Norma Técnica N° 106 Para la implementación y funcionamiento de Centro de Salud Mental Comunitarios, pg. 27)*

B) Equipos PRAIS

En cuanto a los equipos PRAIS, la norma técnica establece para estos equipos especializados - también definidos como interdisciplinarios - en el apartado correspondiente al Soporte Organizacional, que:

“El autocuidado profesional y del equipo es fundamental en la atención especializada de personas con secuelas de traumatización extrema asociada a la represión política. Para ello es necesario incorporar en el quehacer habitual de los equipos especializados, programas de autocuidado que incluyan a lo menos:

- *Asesorías Externas*
- *Supervisiones individuales y grupales.*
- *Reuniones clínicas periódicas.*
- *Tiempo para la revisión de fichas para cada usuario.*
- *Espacios de contención propias a cada equipo.*
- *Espacios para la reflexión y elaboración del trabajo desempeñado.*
- *Formación y Capacitación.”*

(Norma Técnica N° 88 Para la Atención de personas afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el periodo 1973-1990, pg. 14).

C) Centro de la mujer:

En el caso de los Centros de la Mujer (CEMU) del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), *“el programa centros de la mujer contempla un presupuesto específico para que cada centro implemente una estrategia de autocuidado del equipo. Dicha estrategia tendrá como objetivo general propiciar medidas tendientes a prevenir el estrés laboral que pueda surgir como consecuencia de la intervención en la problemática de la violencia”* (SERNAM, 2012, p.40).

En este a diferencia de los otros dos revisados, se hace mucho más énfasis a la tarea que este equipo tiene por objetivo asumir, y el riesgo que esta implica:

“El trabajo con mujeres víctimas de violencia doméstica implica una fuerte carga emocional para quienes se desempeñan en esta labor, debido a que los contenidos abordados muestran dos polos muy impactantes de la experiencia humana: por una parte el dolor de las víctimas y por la otra la crueldad de los victimarios. Es así como se pueden reconocer variadas respuestas por parte de quienes trabajan en este ámbito que –de no ser abordadas de manera adecuada- pueden atentar contra la salud de quienes integran los equipos, ejemplos de esto son: traumatización vicaria, estrés postraumático secundario o estado de extenuación emocional” (SERNAM, 2012, p.40).

Como se observa se destacan algunas enfermedades propias a su campo de trabajo, e incluso se argumenta respecto de lo que produce la violencia, lo que da cuenta de un conocimiento profundo y extenso en el tema. Se nombran algunos de los autores que hemos revisado:

“Las personas que trabajan con víctimas de violencia van experimentando un cansancio emocional, ya que al escuchar constantemente los relatos de violencia se ubican como testigos no solo del miedo, la impotencia y la paralización de quien sufre la agresión, sino también de la brutalidad.

Desde el modelo de aprendizaje vicario se plantea la posibilidad de que aquellos efectos que sufren las víctimas de violencia se traspasen a las personas que trabajan directamente con ellas y a la vez, la carga emocional pueda generar algún tipo de estrés laboral conocido como burn out o “síndrome del trabajador quemado”. Frente a esta situación se hace necesario que quienes trabajen en violencia constantemente reflexionen acerca de los efectos que el trabajo está teniendo en la propia salud, para esto es importante la constante autoindagación que permita reconocer aquellos síntomas que pudieran ir apareciendo.

El estado de extenuación emocional no surge de súbito, sino que se va desarrollando con el tiempo. Con apoyo y auto cuidado es posible detener los síntomas en las primeras etapas, o bien, a mitad de camino; pero si la persona continúa desgastando su energía física y emocional puede avanzar hasta la última fase y dejar de funcionar eficazmente o abandonar el trabajo (Claramunt, 1999)” (SERNAM, 2012, p. 40)

Respecto del autocuidado propiamente tal se expresa que tiene su dimensión individual relativa a un trabajo personal respecto al tema de violencia. El autocuidado es reconocer qué es lo que nos ocurre, y se identifica al cuerpo como un posible indicador de malestar y las emociones:

“El proceso del autocuidado cuando se trabaja en el campo de la violencia intrafamiliar y doméstica, comienza por sanar las heridas de la propia experiencia personal. Es necesario reconocer que en distintos niveles todas las mujeres hemos vivido de una u otra forma violencia por parte de nuestras parejas (actuales o anteriores) o familiares. Lo anterior, es un elemento potente en el trabajo ya que los contenidos abordados constantemente son contrastados –en un proceso de identificación- con nuestra propia experiencia de ser mujeres”.

Cuando la persona que ayuda ha experimentado algún tipo de violencia sin haberla trabajado, puede sentirse abrumada y paralizada al escuchar el testimonio de otra víctima y ante la incapacidad de responder a su propio problema no puede ayudar eficientemente a otra. Los traumas no resueltos pueden ser por lo tanto, una fuente de dificultad para responder a las necesidades de otros seres humanos.

Por otra parte, el autocuidado requiere estar alerta a lo que el cuerpo expresa ¿Cómo se siente el propio cuerpo? (pesado, liviano, cansado, relajado), ¿en qué lugares está particularmente tenso o dolorido?, son preguntas base que constantemente debemos responder en este trabajo. A la vez, se hace necesario el reconocimiento de las propias emociones, por ejemplo ¿qué nos pasa con los temas pasados en sesiones?

El auto cuidado implica poder visualizar y hablar de lo que nos ocurre con respecto a la violencia que relatan las usuarias, evitando la represión y/o disociación, estas se van acumulando y posteriormente, de una u otra forma afectarán la propia salud

(reacciones físicas o emocionales). Lo anterior no obsta a reconocer que es muy difícil trabajar con violencia y no acumular rabia, impotencia y/o tristeza”. (SERNAM, 2012, p. 40-41)

Finalmente, se hacen algunas recomendaciones para el autocuidado y se proponen algunas actividades, que responden en general a lo que se ha visto en el marco teórico. :

“La buena alimentación, el sueño y el descanso, los ejercicios de respiración, el ejercicio físico y los espacios de esparcimiento contribuyen al bienestar de quienes trabajan en este ámbito.

Es preciso aclarar que el autocuidado no se concibe como un tipo de actividad excepcional, sino por el contrario, implica un proceso constante y transversal, el cual se debe desarrollar constantemente por quienes trabajan en el espacio laboral como en el extralaboral.

En el espacio laboral el trabajo en equipo es un elemento central en el autocuidado de sus integrantes, el cual debe considerar los siguientes elementos: contención, solidaridad, flexibilidad, comunicación y respeto.

Por último, otro elemento que contribuye al autocuidado es la autoformación, ya que en la medida en que se adquieren conocimientos acerca de la problemática, simultáneamente se van produciendo procesos de esclarecimiento que permiten comprender la realidad en la que se trabaja.

Actividades comprendidas en el autocuidado:

- *Jornadas de capacitación*

- *Jornadas de reflexión del quehacer cotidiano respecto de la intervención que se realiza en los CEMU*
- *Seminarios*
- *Actividades de relajación” (SERNAM, 2012, p. 41-42)*

4.5 Malestar en el trabajo:

En el libro *Malestar en la Cultura* Freud (1929) aborda la cuestión del malestar en la sociedad y da algunas luces respecto al lugar que tendrían el trabajo en el entramado que supone la renuncia pulsional para la vida en sociedad. El malestar, inherente a la constitución psíquica y social, tiene desde esta perspectiva diversos destinos, siendo el sufrimiento patológico o psicopatológico una de estos.

En este artículo, Freud (1929) señala que el sufrimiento en el ser humano, tendría tres fuentes principales:

“Desde tres lados amenaza el sufrimiento; desde el cuerpo propio, que destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir su furia sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas y destructora; por fin de los vínculos con otros seres humanos. Al padecer que viene de esta fuente lo sentimos tal vez más doloroso que a cualquier otro” (p.76-77).

El trabajo, en este contexto, comparte al mismo tiempo la cualidad de ser un método para afrontar el malestar (destino) y ser fuente de sufrimiento, al estar inserto en un contexto social que implica vínculos, con otros seres humanos, generalmente insuficiente o insatisfactoriamente regulados o normados.

La actividad profesional como destino del malestar liga al individuo a la comunidad y *“brinda una satisfacción particular cuando ha sido elegida libremente, o sea cuando permite volver utilizables mediante sublimación inclinaciones existentes, mociones pulsionales proseguidas o reforzadas constitucionalmente”* (Freud, 1929, p.80 n. 5). Es decir, es posible desplazar y enlazar a través del trabajo y los vínculos sociales que implica, componentes libidinosos, agresivos y narcisistas.

4.5.1 Sufrimiento en las instituciones:

El trabajo, siempre está instituido, y por tanto inserto en vínculos manifiestos y e inconscientes que suponen un malestar. Es posible distinguir tres fuentes de sufrimiento en las instituciones: la primera es inherente al hecho institucional mismo; una segunda está ligada a la institución particular - su estructura social y estructura inconsciente - y la última, a la configuración psíquica del sujeto singular en relación a la institución.

Para Horacio Foladori, el sufrimiento institucional *“es aquel que se produce a partir de la inserción de los sujetos en las instituciones”* (2008). En cuanto sufrimiento, es necesario particularizarlo porque tiene características especiales, a causa de *“la acción de los sistemas normativos sociopolítico-administrativos, que intervienen de manera directa en la producción de patología”* (Foladori 2008, p. 12).

Para Foladori 2008, el sufrimiento institucional ocurre porque la autoridad institucional implanta directrices y normas acerca de cómo se debe realizar el trabajo las que someten al sujeto a un estímulo excesivo. En este contexto, las exigencias institucionales tienen un efecto traumático porque

el aparato psíquico se ve desbordado por dinámicas institucionales violentas que se han naturalizado (Chavez y Navarrete, 2012).

Esta violencia es entendida como consecuencia de una acción de sometimiento ejercida desde un nivel jerárquico superior que “*usufructúa [de] un poder adicional a aquel que le corresponde*” (Foladori, 2008). La violencia que habita las instituciones produce sufrimiento. El yo es avasallado, se imponen condiciones laborales no pactadas, el sujeto se percibe a merced de los designios institucionales, como un barquito a la deriva.

Las instituciones operan despersonalizadamente (Foladori, 2008), sin rostro o con el rostro velado. Siempre hay alguien -o algo- más arriba que norma, alguien -o algo- que llamará por citófono a un teléfono que llamará a una central que pasará el mensaje a otro teléfono... ese alguien -o algo- es quién (o qué) está detrás de la violencia, pero nunca queda claro.

“Esta cara sin rostro es uno de los mecanismos que utiliza la institución para internalizar el conflicto político-administrativo como psíquico” (Foladori, 2008). Cuando se trata del trabajo en equipo muchas veces el conflicto aparece como provocado por disputas interpersonales entre los miembros de un equipo, lo que esconde la influencia -velada o no- de la violencia institucional.

Para Käes (1989) se sufre por el hecho institucional mismo, en relación a los contratos, pactos, comunidad y acuerdos, ya sean inconscientes o no, que ligan al sujeto conscientemente en una relación asimétrica. Así también, se sufre por el exceso de la institución, por su falta, por su falla en cuanto a garantizar los términos de los contratos y de los pactos, todo lo

que hace posible la realización de la tarea primaria que motiva el lugar de los sujetos en su interior.

Por otro lado, en cuanto a las disfunciones de la organización misma, Käs (1989) ha descrito tres aspectos particulares del sufrimiento institucional: el sufrimiento asociado con una perturbación de la fundación y de la función instituyente; otro asociado con las trabas a la realización de la tarea primaria y un tercero asociado con la instauración y el mantenimiento del espacio psíquico.

Desde el primero, gran parte de las perturbaciones laborales están referidas a fallas en las funciones contractuales implicadas en la función instituyente. Estas se manifiestan por exceso, defecto o inadecuación entre la estructura de la institución y la estructura de la tarea primaria, y usualmente culminan con un sufrimiento ligado a la institución en su singularidad (Sánchez, 2012).

Así también, otra fuente de sufrimiento está ligada a la falta de una ilusión institucional, la cual sostiene los riesgos y los sacrificios involucrados a cambio de participar, posicionándose como la gestora del resultado. Si se la mantienen en la negación a pesar de la experiencia, conlleva al fracaso. Así, el sufrimiento se manifiesta en torno a la desilusión, y cuando el trabajo no se efectúa, la institución es atacada o ataca a sus sujetos, a su propia tarea (a partir de burocratización, derivar a otras cargas, etc). (Sánchez, 2012)

Respecto a la segunda tipología de sufrimiento institucional, se establece en una institución a la tarea primaria como la razón de ser y del vínculo que establece con sus sujetos, si no se lleva a cabo no se puede sobrevivir. Se advierte constantemente que no es la tarea principal a la que se dedican los

sujetos. Así, existen tareas complementarias que compiten o entran en contradicción con la tarea primaria, ocultando o invirtiendo su sentido, dentro de los parámetros legales de la institución. El excesivo trabajo administrativo al cual se dedican algunos trabajadores, cuando su tarea es “terapéutica”, ejemplifica lo anterior (Sánchez, 2012).

Por último, un tercer aspecto importante referente al sufrimiento del trabajador, según Käes (1989), está ligado a la naturaleza del espacio psíquico. Desde esta perspectiva, éste puede ser reducido a la prevalencia de lo instituido sobre lo instituyente. De esta forma, la distancia entre la cultura de la institución y el funcionamiento psíquico inducido por la tarea se instala como la dificultad para instaurar o mantener un espacio de contención, de conexión y de transformación. Así, producto de la dificultad de tomar en cuenta la realidad psíquica de los sujetos y la dificultad para apuntalar en sí mismos una institución confiable, el pensamiento a esta altura ya inhibido naturalmente, puede incluso llegar a perder su objeto (entendiéndose por tal la estructura interna de un vínculo). Esto mientras no se restablezca una institución interna suficientemente fuerte que funcione como contención (Sánchez, 2012).

En síntesis, *“la institución se rige también por funciones psíquicas, movilizándose necesariamente formaciones arcaicas y edípicas. Lo que importa es analizarlas cuando ocasionan sufrimiento patológico, cuando invalidan la capacidad de pensar y de realizar las metas definidas por la tarea primaria y la función de la institución”* (Kaës, 1998, p. 58).

4.5.2 Sufrimiento y organización del trabajo:

Por otra parte, como se mencionaba más arriba, el sufrimiento siempre está presente junto con el trabajo, ya no desde una perspectiva institucional,

sino desde el trabajo mismo y lo que implica la tarea a la que se expone el trabajador, por más simple que sea. Desde la perspectiva de la Psicopatología y Psicodinámica del Trabajo, el trabajo está convocado frente a la falla, al error, a lo imprevisto, donde la maquina y la técnica no pueden funcionar solas y se acompaña por montos de ansiedad y angustia inevitablemente que justamente son lo que movilizan hacia la producción (de ideas, de intervenciones, de materiales nuevos) a la que hay que tenerle aguante (Dejours, 2012).

Lo que no está determinado de antemano es el destino del sufrimiento. En algunos casos, este sufrimiento sin salida se acumula y empuja a quienes trabajan hacia la enfermedad mental, o enfermedad en general. En otros, puede ser transformado en placer a través de la realización personal, el reconocimiento de los otros y la emancipación (Dejours, 2012). El sufrimiento en el trabajo puede entonces engendrar lo peor o lo mejor - lo que desde esta perspectiva - dependerá de la organización del trabajo, de sus principios y de sus métodos.

Así, el malestar en el trabajo se expresa de diversas maneras cuando las defensas individuales y colectivas que se requieren para este enfrentamiento permanente a la ansiedad, fallan. Puede tener sus expresiones patológicas, es decir, a través de enfermedades propiamente tal, referidas a cuerpo y a la psiquis, pero también a través de fenómenos y dinámicas relacionales hacia personas del trabajo como fuera de este (Familia, comunidad).

De esta forma Dejours (2013), reconoce algunas patologías y fenómenos propios al trabajo, que son signos de un creciente malestar. No de cualquier trabajo sino que de trabajos insertos en tipos específicos de *organización del trabajo* - que se han desarrollado en los últimos 20 años, en el marco

del capitalismo – que han impactado al mundo laboral, principalmente por destruir los lazos colectivos de cooperación.

Se trata de introducción de nuevas tecnologías y lógicas del “management” a las áreas de servicio y del Estado, con una lógica de la eficiencia en las que el trabajo pierde su valor tomando relevancia más bien los “métodos de administración”, a través de instrumentos de evaluación individuales y metodologías de control cuantitativas que se traducen a su vez en una sobrecarga de trabajo y aumento de la competencia entre pares.

Lo primero, el malestar producido por sobre carga se traduce en trastornos musculoesqueléticos, síndrome de *burnout* o “quemé profesional”; dopaje (en los que la infelicidad lleva al consumo de medicamentos, drogas y alcohol para sostener el ritmo del trabajo laboral) como también el fenómeno del *Karoshi* (palabra japonesa que significa literalmente muerte por exceso de trabajo, expresado en un infarto súbito); lo segundo, el aumento de la competencia entre pares, a una serie de patologías que las llama de la soledad que se manifiestan en aumento de la agresividad hacia los compañeros, como el fenómeno del *moobing* (en general acciones que buscan la renuncia del trabajador); suicidios explicables solo a partir del trabajo, abuso de poder, acoso moral.

Malestar en este sentido, no es sólo enfermedades, sino sentimientos que acompañan al trabajo, como por ejemplo la frustración, la pérdida del sentido de lo que se hace, el cuestionamiento de la identidad, como los aspectos éticos y morales a los que te expone el trabajo y su forma de operar, que son manifestaciones relacionadas a un contexto económico social y político particular, en el que en Chile tiene su propia expresión.

4.5.3 La epidemiología:

Hemos revisado la mirada que tiene el psicoanálisis frente al malestar en el trabajo. Sin embargo, no son los únicos modelos explicativos que existen. En relación a las claras evidencias de desgaste y daño del trabajo en la psiquis y cuerpo de los y las trabajadores/as se han desarrollado modelos explicativos más generales que dan cuenta de la relación salud (mental) - trabajo.

Miranda (2008) sistematiza los más importantes en su artículo *Trabajo y salud mental en la perspectiva epidemiológica: Revisión Crítica*. Lo interesante es que da cuenta del supuesto respecto a la noción de “mente” que está a la base de estos, que incide decididamente en la forma en cómo se interviene. Entre los paradigmas que expone están:

- a) Paradigma de la fatiga, en el que la mente es entendida como un órgano cuyo rendimiento decae al verse exigido por un tiempo prolongado, así como se entiende la fatiga muscular. En el que se apoya la ergonomía inicialmente, como ciencia que estudia e interviene en el ambiente con el fin de disminuir la carga física y mental, a partir del análisis del entorno físico y de los límites que el organismo impone a determinada tarea.
- b) Paradigma de la Necesidad-Frustración, en esta vertiente se estudia fundamentalmente sobre la motivación laboral. La salud mental pasa a ser sinónimo de bienestar, estrechamente asociada a la satisfacción laboral, y los problemas mentales serán comprendidos como consecuencias de la frustración en el trabajo.
- c) Paradigma de la tensión, desarrollada la noción de estrés, como *“respuesta fisiológica inespecífica antes las exigencias del medio, que prepara al organismo para la lucha o la huida, pero que la ser sostenida en el tiempo puede acarrear importantes consecuencias para la salud”* (p.69), a partir de los estudios de laboratorio y experimentales con ratas.

Esta noción - altamente difundida en la actualidad en el campo laboral - pasó a instalarse en el lenguaje común, perdiendo especificidad, tratándose a veces como patología en sí misma, en ocasiones como estímulo y otras veces como respuesta. Sin embargo, estudios desde la psicología cognitiva han podido darle matices útiles evidenciando que no es la situación en sí es provocadora de estrés, sino la valoración que hace el individuo de la situación, la cual está en consonancia con la percepción de sí mismo. Es decir, *“es el sujeto particular el que interpreta la situación como peligrosa o amenazante, y él mismo el que considera sus recursos escasos o suficientes para hacerle frente”* (Miranda, 2008, p. 69).

Este paradigma supone un aparato mental como dispositivo que frente a la sobrecarga necesita generar una descarga – entre ellas una crisis emocional por ejemplo, o una desorganización, generando una disfunción sistémica. Según Miranda (2008) *“una versión intermedia entre el paradigma de la tensión y la necesidad es aquel que identifica la mente con un dispositivo de control que necesita información para poder operar”* (p. 69).

Estos paradigmas no son excluyentes y con el tiempo se han ido entrelazando, incorporándose al sentido común y al discurso científico; la noción de que los efectos nocivos del trabajo para la salud mental *“serían una combinación de fatiga psicológica y desorganización fisiológica, emocional y conductual, asociada a una tensión sostenida, la cual sería producto tanto de la sobrecarga de trabajo como de frustración de necesidades humanas o de expectativas puestas en juego en la actividad laboral”* (p. 70), es para la mayoría hoy -por no decir todos – algo que no podría ser contrariado.

De manera más específica y tomando estos paradigmas la epidemiología en el campo salud mental y trabajo ha estudiado diversos factores de riesgos causales de patologías psíquicas y relacionales (Intraequipo e institucionales) específicas:

Las primeras variables de interés estaban relacionadas con estresores físicos como: monotonía de la tarea, ambiente físico de trabajo, horarios y sistema de turnos, y sus consecuencias psicológicas; posteriormente se amplía el estudio a variables sociales, relacionadas a la ambigüedad y conflictos de rol, estilos de supervisores y jefes, niveles de responsabilidad. Siguió una focalización en las variables de clima organización y en particular en la temática de satisfacción laboral. Finalmente, han aparecido variables de interés relacionadas a las transformaciones del mundo del trabajo ocurridas a partir de la instalación del capitalismo financiero: cambios en los tipos de organización, inseguridad laboral, tipos de contratos y desempleo, a lo que se han agregado estudios en torno a la violencia en el trabajo conceptualizados como acoso laboral y “mobbing”, junto con la introducción de la perspectiva de género que buscan dar cuenta de la tensión trabajo-familia (Miranda, 2008).

En esta línea, los modelos más utilizados para operacionalizar lo que sería un trabajo nocivo para la salud y que estarían en relación a estrategias de Autocuidado serían:

- a) Modelo de ajuste persona-ambiente: señala que el estrés estaría relacionado con el desequilibrio entre las habilidades del trabajador y las demandas de la actividad laboral o tarea.
- b) Modelo Demanda-Control: es el más utilizado en la actualidad y propone que los puestos de trabajo pueden ser clasificados en cuatro tipos de

acuerdo a si tienen alta o baja demanda psicológica (cantidad de trabajo, presión de tiempo y órdenes contradictorias) así como un alto o bajo nivel de control (margen de decisión en la actividad misma). Así labores de alta demanda y bajo control serían causantes de tensión y enfermedades de salud mental.

- c) Modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa: basado en la tesis de la reciprocidad de las relaciones sociales, sostiene que la transgresión de dicha reciprocidad genera tensión psíquica. Es decir, un desequilibrio sostenido entre el esfuerzo que demanda el trabajo y las recompensas obtenidas (salario, reconocimiento, promoción y seguridad) provocarían enfermedades psicológicas y somáticas. Aquí se incorpora además las variables subjetivas y objetivas en relación a las razones por las que el trabajador se mantiene en el puesto de trabajo a pesar del desequilibrio: mantenerlo por razones instrumentales, o por un excesivo compromiso, agravarían los efectos del desequilibrio esfuerzo-recompensa.
- d) Modelo de demanda-recursos: según este modelo, toda actividad laboral involucra una demanda (esfuerzo, costos) y recursos (aquello que reduce los costos y el esfuerzo, en la línea del aprendizaje y desarrollo personal. La demanda estaría asociada a la fatiga, y los recursos (retroalimentación, control, posibilidad de toma de decisiones) se asociarían a la esfera de la motivación y compromiso.
- e) Modelo de compatibilidad laboral: relaciona dos tipos de variables: las que “actúan sobre el trabajador” y las que “experimenta” el trabajador a partir del trabajo, con el fin de predecir posibles efectos del estrés y accidentabilidad laboral.

Como complemento a los modelos anteriores, se introduce el estudio de la justicia organizacional, en particular en dos dimensiones: la justicia

relacional vinculada a un trato justo y la justicia procedimental, referida a la consistencia de los procedimientos de toma de decisiones.

4. MARCO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudio

La presente investigación corresponde a un estudio exploratorio de los discursos que circulan respecto del Autocuidado de Equipo y su objetivo principal es problematizar esta noción a la luz de la experiencia real de los equipos psicosociales de salud mental:

“La problematización se refiere a la totalidad de prácticas discursivas y no discursivas que introduce algo en el juego de lo verdadero y de lo falso y lo constituye como un objeto de pensamiento. Pero por encima de todo es un método y un proceso de pensamiento. La problematización pone en duda todo aquello que se da por evidente o por bueno, cuestiona lo que está constituido como incuestionable, recela aquello que es indudable”. (Iñiguez, 2003, pg. 79)

En este caso, la noción de autocuidado de equipo aparece como una práctica atravesada por diversos discursos que la posicionan como algo incuestionable en el ámbito laboral, muchas veces sin un asidero de la forma en cómo los conceptos operan realmente en la realidad.

Discurso por su parte, es un concepto polisémico que requiere ser definido en el contexto de la investigación. Aquí lo entenderemos no solo como un conjunto de enunciados que construye un objeto – en este caso el del Autocuidado – sino como un “conjunto de practicas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales” (Iñiguez, 2003, p. 99).

Que sea una investigación exploratoria posibilita abrir categorías de análisis durante el proceso mismo de la investigación, como para futuras investigaciones y aportar a la comprensión del objeto de estudio.

Mi rol como investigadora, en este sentido, “no consistirá en seguir direcciones de análisis que conduzcan a un objetivo predeterminado, sino más bien en interactuar con los argumentos inherentes a los que dicen las personas, y, usando toda la gama de herramientas analíticas a disposición, sacar a la luz todo aquello que no está explicitado” (Iñiguez, 2003, p.100)

5.1.2 Tipo de diseño:

Se consideró pertinente para la realización de la presente investigación adoptar una metodología cualitativa que permitiera la exploración de un campo particular de estudio - en este caso los discursos respecto a las prácticas de Autocuidado de Equipo -. La metodología de investigación cualitativa es apropiada para aproximarnos en profundidad a la particularidad de una situación estudiada en tanto ésta supone comprender e interpretar las significaciones y emociones tras las prácticas y comportamientos de los actores investigados.

Utiliza principalmente la vía inductiva, esto significa que a partir de la realidad concreta se fueron construyendo categorías de análisis que ayudaran a problematizar de manera flexible y emergente el material.

Por tratarse de un estudio cualitativo, el diseño se caracterizó por ser abierto, pues incorporo ideas y consideraciones que no fueron pensadas previamente, al momento de diseñar la investigación. A su vez, las etapas de la investigación fueron flexibles, en el sentido que el análisis de los datos se realizó durante y después la recolección de información (Serbia, 2007).

5.2 Participantes:

Para la investigación se definieron ciertos requisitos o criterios que permitieron elegir de manera intencionada a quienes participarían. Los

equipos fueron definidos operacionalmente como: “equipos psicosociales de salud mental”, lo que en la práctica significa que son equipos interdisciplinarios que intervienen en el campo de la salud mental, no necesariamente desde un establecimiento de salud. Es decir, se eligieron equipos que integran diferentes instituciones, pero que su intervención va en función de la salud desde una mirada psicosocial.

Además se consideró como requisito que en las normas técnicas de los equipos en cuestión se manifestara de manera explícita la necesidad de Autocuidado de Equipo. Es decir, que la institución tuviera su propia definición de esto.

En base a los criterios definidos, se estableció el contacto directo con algunas instituciones y equipos a quienes se les solicitó la colaboración en el estudio presentándoles los objetivos del mismo y su diseño. A medida que fueron respondiendo y a nivel institucional se autorizaron la realización de entrevistas a los coordinadores y equipos de trabajo, se realizó la recolección de material de análisis.

Cabe señalar, que en función del material que fue emergiendo se utilizó el criterio de saturación muestral que se alcanza *“cuando el investigador entiende que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y dejan de aportar información novedosa”* (Andreu, 2000, p. 25). En concreto, si bien en un comienzo hubo contacto con cinco equipos psicosociales de salud mental, finalmente la investigación consideró la participación de cuatro instituciones, por este criterio.

Las instituciones que participaron fueron: dos equipos PRAIS pertenecientes a dos Servicios de Salud diferentes, un Centro de la Mujer y un COSAM, todos de la Región Metropolitana.

5.3 Instrumentos de investigación:

Se utilizaron dos instrumentos de recolección de información: Entrevistas en Profundidad, para recoger el discurso de los y las coordinadoras/es, y Grupos de Discusión para tomar el discurso compartido de los equipos.

La entrevista en profundidad, se utiliza cuando queremos investigar vivencias, sentimientos, percepciones profundas, porque permite obtener información de un determinado problema sin ceñirse a una estructura rígida, sino que va más en la línea de una conversación. En este caso se realizó una pauta de entrevista semiestructurada de preguntas abiertas y semiestructuradas, que permitiera recoger información frente a los mismos ejes en todas las entrevistas. Sin embargo, a medida que se desarrollaba la entrevistas, algunas de estas preguntas no fueron formuladas ya que aparecían en el discurso espontáneo. A su vez se fueron incorporando temas de manera libre y flexible, según lo que emergía con él o la entrevistado/a.

Los Grupos de Discusión, por su parte, permiten la creación de un discurso a partir de la conversación libre sobre un tema entre los participantes, *“de manera que la palabra individual, se orienta a la palabra del grupo, y entonces se busca el significado compartido”* (Canales, 2006, 9256).

A pesar de que en un comienzo se pensó incluir en los Grupos de Discusión a integrantes de diferentes equipos, se optó por realizar los grupos de discusión, entre los miembros de un mismo equipo, por consideraciones principalmente prácticas, en la medida que en ambas instituciones donde se realizaron estos autorizaron tiempos en la jornada laboral de los y las trabajadores/as.

Uno de los Grupos de Discusión, conformado por el Equipo PRAIS, contó con la presencia de: dos asistentes sociales, 5 psicólogos clínicos, un médico y un psiquiatra. El otro, que se realizó con el Equipo del CEMU fue integrado por: una psicóloga, una trabajadora social, una monitora, una abogada, dos practicantes de derecho, una practicante de psicología y la secretaria del centro. Esto permite asegurar que hubo heterogeneidad en las perspectivas profesionales, como también respecto a las funciones dentro de la institución.

Si bien inicialmente, se estipuló realizar las entrevistas en profundidad solo a los y las coordinadores/as de equipo, en dos de las instituciones por dificultades concretas, no fue posible realizar los grupos de discusión que estaban definidos previamente. En una de estas instituciones se logró un acuerdo, que derivó en la realización de una entrevista en profundidad individual a un miembro del equipo que voluntariamente quiso colaborar en la investigación. Esta flexibilización surge frente a una problemática real en el proceso de investigación, pero finalmente se consideró favorable pues permitió profundizar en cuestiones relevantes que en las entrevistas grupales a los equipos emergieron analizadas a posteriori, a las cuales se les pudo dar cabida en esta entrevista.

En suma, se utilizaron los siguientes instrumentos en las distintas instituciones en el orden que aparecen a continuación:

Institución/Programa	Instrumentos	Tipificación
PRAIS 1	Entrevista en Profundidad al coordinador/a	E1
Centro de la Mujer (CEMU)	Entrevista en Profundidad al coordinador/a	E2
	Grupo de discusión Equipo	EG1

PRAIS 2	Entrevista en Profundidad al coordinador/a	E3
	Grupo de discusión Equipo	EG2
COSAM	Entrevista en Profundidad al coordinador/a	E4
	Entrevista en Profundidad miembro del equipo	E5

Es importante señalar que se realizaron las entrevistas de manera separada, entre coordinadores y equipo, por dos razones: Primero, para que las impresiones y opiniones de los y las integrantes de los equipos respecto de sus experiencias y nociones de autocuidado pudieran darse libremente sin la presencia del/la jefe directo/a. Segundo, porque la coordinación de un equipo supone ciertas funciones particulares, y en cuanto al autocuidado, pudiera haber experiencias que le son propias en relación a la toma de decisiones y a la relación con el nivel institucional, es decir, es una experiencia distinta frente a un mismo fenómeno.

Respecto del material recogido, cabe mencionar que las entrevistas en profundidad y discusiones grupales fueron grabadas previa autorización de los participantes y transcritas literalmente en un momento posterior. Ahora bien, en la mayoría de los casos, al apagar la grabadora surgieron opiniones nuevas, expresiones sentidas, que fueron incorporadas al análisis como pequeñas notas de campos, las cuales fueron transcritas en el mismo día de las entrevistas, con el fin de no perder el material que emergió. Esto hace pensar que a pesar del resguardo realizado respecto a cuestiones de las jerarquías y la confidencialidad dentro de la institución, la grabadora en si misma operó quizás como inhibidor de alguna información.

Además del material recogido a partir de estos instrumentos, parte importante de la investigación fue realizar una exploración suficientemente exhaustiva de la literatura científica relacionada a la temática general (salud en el trabajo) y al problema específico (el autocuidado cuidado de equipo en los equipos psicosociales de salud mental) planteado para esta investigación, que se tradujo en los elementos sistematizados en el apartado número cuatro de la presente tesis: Marco teórico referencial. Este trabajo permitió tener conocimiento de los discursos científicos e institucionales, con los que se dialogará en la discusión.

5.4 Estrategia de Análisis:

Para analizar la información recogida con los dos instrumentos mencionados anteriormente, se realizó un análisis de contenido a través de una lectura intencionada buscando identificar los discursos que circulan y que se han producido entre los coordinadores y los equipos. Para ello previamente, se hizo una exhaustiva revisión y sistematización de la bibliografía científica y de manuales y orientaciones técnicas.

Además, a través del método de la interpretación se hicieron explícitos sentidos que están tras el discurso de los entrevistados, bajo el supuesto que existe un contenido manifiesto y otro latente. A partir de este proceso interpretativo, se levantaron categorías o ejes de análisis, que posteriormente serán discutidos.

5.5 Aspectos Éticos:

Por razones éticas se resguarda la privacidad de los profesionales entrevistados, lo que constituyó un compromiso de anonimato con cada uno de ellos, a través de una Carta de Compromiso de Confidencialidad firmada por todos los entrevistados y las entrevistadas.

En relación a los aspectos éticos establecidos con anticipación se estableció el carácter voluntario de los participantes, el anonimato de los entrevistados, la confidencialidad del contenido de las entrevistas y del contexto institucional, por lo mismo no se hacen menciones a las comunas a las cuales pertenecen los equipos.

Como se decía anteriormente se consideró diferenciar el espacio de los coordinadores y de los equipos en el proceso de recolección de datos, para no poner en riesgo a nadie en su puesto de trabajo. En el caso particular de los grupos de discusión, siempre se toma la palabra como grupo, sin individualizar a nadie.

Cabe advertir, que algunas citas que se utilizarán en el apartado siguiente, fueron modificadas cuando se individualizo a alguien, a un lugar específico, o se hacía referencia al nombre propio de alguna institución. Esto, en la línea de las consideraciones éticas expuestas.

6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

En este capítulo se dará cuenta del análisis y sistematización del material obtenido a partir de las entrevistas y grupos de discusión realizados. El material está dividido en dos secciones: una, que corresponde al discurso de los y las coordinadores/as de equipo, y la otra que pone de manifiesto el discurso de los equipos.

La información se presentará a partir de categorías o ejes desprendidos del propio análisis de las entrevistas en relación a los objetivos que se plantearon en la investigación. Para cada uno de los apartados se realizó un cuadro esquemático del contenido analizado.

6.1 Discurso de Coordinadores/as de equipos psicosociales de salud mental:

Categorías de análisis	Subcategorías
1. Noción de Autocuidado	Necesidad del Autocuidado
	Formas y dimensiones del Autocuidado
	Objeto del Autocuidado
	Agente de la intervención
	Temporalidad
2. Experiencias de Autocuidado	Modalidades de autocuidado
	Valoración positiva
	Críticas
3. Rol del coordinador de equipo en el autocuidado.	Demandas
	Riesgo
	Formación
	Relación con la Institución
4. Sufrimiento y trabajo	Signos
	Dimensiones

1. Noción de autocuidado:

El concepto autocuidado es problemático en su definición en tanto incluye una serie de cuestiones diferentes. En términos muy generales hay coincidencias en que involucra prácticas y procesos que velan por el

bienestar y calidad de vida laboral y previenen el desgaste laboral que experimentan:

“Me carga esa palabra, encuentro que es una palabra demasiado manoseada, todo el mundo habla de autocuidado sin entender muy bien a lo que se refiere”.

(E3, Coord. PRAIS)

“Se requieren de definiciones más claras de los roles en el autocuidado”

(E1, Coord. PRAIS)

“Todas las prácticas, a través de las cuales los miembros del equipo puedan contribuir a disminuir el desgaste profesional, a generar un ambiente que proteja a quienes intervienen, para disminuir el impacto que tienen las situaciones que nosotros abordamos”

(E2, Coord. CEMU)

(...) tiene que ver con un proceso de poder velar por el bienestar y calidad de vida de los profesionales que son parte de un equipo, incluyéndome en eso”.

(E3, Coord. PRAIS)

1.1 Necesidad del autocuidado:

A pesar de lo problemático y genérico que resulta el término, -para los y las coordinadores/as - el *autocuidado de equipo* es de suma importancia. Es una práctica necesaria en la medida que como equipos se ven enfrentados a situaciones complejas que generan desgaste y daño.

“Es necesario, es casi como que tenemos que ser restituidos, reparados”

(E1, Coord. PRAIS.)

“La necesidad es absoluta”

(E4, Coord. COSAM)

“Para el equipo es **sumamente necesario**, sabemos cuáles son los malestares que están circulando dentro y que es necesario abordarlo de alguna manera, hacer una pausa, el equipo se siente siempre súper exigido, por la cantidad de casos, por un montón de cosas. Entonces se habla de autocuidado, es como un consenso”.

(E2, Coord. CEMU)

“Es una actividad más dentro de los profesionales que trabajan en un equipo, es como ir a una reunión clínica, atender pacientes, para mí, está exactamente en el mismo nivel”.

(E3, Coord. PRAIS)

1.2 Modalidades de Autocuidado de equipo:

La noción de autocuidado hace referencia a una diversidad de intervenciones y acciones. Se pueden distinguir en el discurso de los coordinadores cinco grandes grupos o formas de cuidado que las asocian a la noción de autocuidado de equipo. Estas formas apuntan a prevenir o resolver conflictos que se encuentran en diferentes dimensiones del trabajo (técnicas, emocionales, grupales, institucionales):

- 1) *instancias periódicas* del equipo como reuniones clínicas, espacios de formación, y supervisión relativas a lo técnico pero que también involucran aspectos emocionales y dinámicos del equipo;

“la generación de instancias de autoformación, que permiten disminuir ciertas ansiedades”.

(E2, Coord. CEMU)

“las reuniones que hacemos toda la semana, poder hablar de los pacientes y no solo de los administrativos”.

(E3, Coord. PRAIS)

“En salud mental el proceso de apoyo que debe tener el equipo en lo técnico, que uno pueda supervisarse, que haya ojalá una reunión clínica, donde poder sacar lo que ocurre en los procesos terapéuticos”

(E4, Coord. COSAM)

- 2) *prácticas cotidianas* que van en la línea de cuidar las relaciones entre los miembros, valorar las diferencias, las necesidades y características propias de cada miembro y función, y desde allí la posibilidad de contenerse;

“Desde cuestiones cotidianas como limpiar la mesa después de almorzar, hasta procesos más complejos”.

(E2, Coord. CEMU)

“Valorizar ciertos componentes de las especialidades que están presentes en el equipo”

(E2, Coord. CEMU)

“La posibilidad de hablar de los pacientes cuando estas atorada”.

(E3, Coord. PRAIS)

“Creo que tiene que ser algo mucho más cotidiano” (...) “No radica en tener instancias específicas de autocuidado, sino que cruza también con que se generen buenas relaciones entre el equipo, un buen clima”

(E4, Coord. COSAM)

3) *Instancias de intervención externas*, realizadas por profesionales como supervisiones técnicas, e intervenciones hacia el equipo que impliquen evaluación y atención a los conflictos intraequipo, con las tareas que realizan y contención.

“La ejecución de experiencias por profesionales externos que generan algún tipo de intervención con el equipo”

(E2, Coord. CEMU)

“Los espacios de supervisión que tenemos que son considerados dentro del autocuidado”

(E3, Coord. PRAIS)

“dinámicas en las que se puedan trabajar temas de grupo”.

(E4, Coord. COSAM)

4) *Espacios de esparcimiento o “salidas”* fuera de la institución valoradas en el sentido de la pertenencia grupal.

“Para mí al menos, tiene que ver con todas estas cosas chiquititas, y que después te llevan a una salida general. No sólo las salidas. Las salidas son también autocuidado”

(E4, Coord. COSAM)

5) *Gestos institucionales* que se ubican como un aspecto fundamental del cuidado en relación a condiciones laborales/contractuales y el reconocimiento de las necesidades del equipo (diferenciación entre tiempos de atención y administrativos, tiempos de atención suficientes, inclusión de instancias de reunión y supervisión, periodicidad en las reuniones, infraestructura y materiales).

“Autocuidado son todas esas cuestiones que hacen que mejore la calidad de vida en el trabajo: 45 minutos de atención de pacientes, espacio agradable...”

(E3, Coord. PRAIS)

la gente se nutre de ver que la institución está preocupada por ella (...) que te hagan regalías cuando notan que tu trabajo es bueno (...) que te den los materiales para trabajar con los niños”.
(E4, Coord. COSAM)

“Medidas que sean parte de los beneficios del trabajo, también las condiciones laborales”.
(E4, Coord. COSAM)

“la moral que tiene que ver con los sueldos, los días administrativos, etc.”
(E4, Coord. COSAM)

1.3 Objeto del autocuidado:

Si bien se alude a cuidados individuales y a la responsabilidad personal en el abordaje de las tareas propias al trabajo, el autocuidado es visto principalmente como un **proceso dirigido al equipo**, que debiese considerar ciertas características del equipo como también sus conflictos y dinámica para resultar efectivo. Así se hace mención a que existen momentos en la vida de un equipo (constitución/conformación, crisis) que influyen en la necesidad de realizar algunas intervenciones y procesos de mayor profundidad vinculados al autocuidado de equipo:

“El autocuidado también pasa porque cada profesional sea consciente de dónde están sus puntos débiles, y se cuide de eso”.
(E4, Coord. COSAM)

“Uno también tiene que estar atento a los núcleos conflictivos que uno pudiera tener, cosa de que cuando destinamos al pacientes a los profesionales uno pueda decir, “mira sabes que, yo con *minos* golpeadores no puedo, no es que no quiera, es que no puedo”
(E3, Coord. PRAIS)

“Tiene que ver con trabajar ciertos procesos, que pasan dentro de las etapas propias de las vivencias de los equipos. O sea no solo a nivel de intervención [tarea], que es una parte importante. Porque supuestamente uno es un equipo (...) tiene que tener un componente dentro de las relaciones interpersonales”.
(E1, Coord. PRAIS)

“Un proceso profundo que trate la conformación del equipo y después que vayan viendo cómo vamos (...) pero que no nos hagan bailar el waly waly...”
(E1, Coord. PRAIS)

“Este es un equipo bastante cohesionado pero tiene dificultades, tiene conflictos como cualquier otro equipo creo yo, el tema es que igual fueran las instancias para poder dialogar sobre esto”.

(E2, Coord. CEMU)

“Yo espero que una vez sacando ciertas rencillas, ciertas diferencias, desconfianzas, podamos de una u otra manera subir un peldaño y hacer algún otro tipo de actividad de autocuidado”

(E3, Coord. PRAIS).

“No voy a autocuidado para que tu me digas como hacer mi pega”, voy a autocuidado para otra cosa, conversemos de los núcleos conflictivos dentro del equipo, de por qué tenemos chivos expiatorios, de por qué este está en este lugar y este en otro. Hablemos de la estructura del equipo y qué pasa con eso.

(E3, Coord. PRAIS).

1.4 Agente de la intervención:

Sobre todo se da relevancia a las intervenciones realizadas por alguien externo que puedan aportar a pensar, identificar y problematizar las relaciones o fenómenos que ocurren al interior del equipo y contener lo que les produce la tarea que les toca atender:

“no tiene sentido ir al parque o`higgins un día, eso lo podríamos hacer...en realidad creo que tiene que ser un proceso guiado externamente, programado”.

(E1, Coord. PRAIS)

“Se requiere de definiciones claras de roles en los autocuidados, y que sea guiado por un profesional externo”.

(E1, Coord. PRAIS)

“Peleo toda la vida de que tienen que ser alguien externo (...) que sepa de autocuidado, que no trabaje con nosotros, que tenga una mirada distinta a nosotros, que sea capaz de mirarnos y decirnos “oye pero eso”.

(E3, Coord. PRAIS)

1.5 Temporalidad:

Se hace una crítica a considerar al Autocuidado como una instancia aislada, todos/as coinciden en que no tendrían efectos intervenciones en esta línea. Sin embargo, hay una permanente ambivalencia en considerarlo un proceso

cotidiano versus instancias e intervenciones con cierta periodicidad. En torno a lo último no habría mucho acuerdo respecto de la frecuencia.

“No creo en una jornada anual, o en dos, a mí me parece que tienen que ser un proceso continuo en el tiempo (...) Entonces tenemos la reunión clínica que nos sirve, estas supervisiones, y las actividades de autocuidado.
(E3, Coord. PRAIS)

“Dos veces al año, un proceso programado”
(E1, Coord. PRAIS)

“La idea es que fuera trimestral”
(E2, Coord. CEMU, Psicóloga)

“Se ha intentado que existan estas jornadas, estas salidas, lo que tradicionalmente se entiende como autocuidado (...) dos al año que son formales y que son *pa* todo el equipo (...) te pasan plata *pa* ese día un viático, está institucionalizado. Abordado como institución”
(E2, Coord. COSAM. Psicóloga)

Como se observa, la noción que tienen quienes coordinan coincide en gran medida con los elementos que desde el discurso científico e institucional se consideran necesarios.

Sin embargo, se escucha que permanentemente dialogan con un ideal de autocuidado, oponiéndolo a ciertas prácticas que están en su imaginario: “no nos vengán a enseñar cómo hacer nuestra pega”, o “no nos hagan bailar el waly waly”, “que no nos hagan tirarnos para atrás, ese juego de la confianza”, que son expresiones que muestran rechazo frente a ciertas prácticas de autocuidado.

En efecto las experiencias que relatan haber tenido en la práctica en su mayoría no han logrado ser efectivas, o tienen algún “pero” que derechamente va en contra del concepto de autocuidado del equipo.

2. Experiencias de autocuidado:

La experiencia en torno al autocuidado que relatan tener en la práctica quienes coordinan equipos de salud mental, refleja ser insuficientes y no bien acogidas por los equipos. Identificaremos algunos tipos de autocuidado, los aspectos positivos y los aspectos negativos que tienen las experiencias reales que tienen:

“Existe presupuesto asociado, pero no hacemos verdaderos autocuidado”
(E1, Coord. PRAIS)

2.1 Modalidades de autocuidado:

Las modalidades de autocuidado toman diversas formas. Hay experiencias que son financiadas por la institución y otras que son financiadas por los miembros del equipo. Dentro de las que son financiadas por la institución se identifican dos tipos: salidas o jornadas de descanso y esparcimiento, e intervenciones de parte de algún profesional. Estas últimas a su vez muestran ser bastante diversas: supervisiones, biodanza, coaching, relatorías, y una mezcla entre salidas y jornadas en espacios de relajación que incorporan dinámicas de evaluación, diagnóstico e intervención guiadas.

Por otra parte, existen acciones, instancias o espacios generados que están en la programación semanal, que hacen parte del autocuidado: como reuniones clínicas, espacios de coordinación, autoformación. También hay algunas gestionadas desde la institución que son de capacitación y de actividades o jornadas entre programas de la misma temática. A su vez, hay dentro de los equipos, dinámicas, espacios de contención espontáneos y acuerdos que llevan a acciones entre los miembros del equipo: aquí se observan dinámicas de acompañamiento, de contención en box, de salir fuera de la institución, de almuerzos colectivos, de autorizar horas para realización de trabajo administrativo, entre otras.

“La jornadas nacionales, donde van todos los equipos a nivel nacional, son súper buenas
(...) Yo [coordinador] tengo que ir a todas. Nos sirve mucho. Después por un mes
andamos re bien...de ahí devuelta al fango del desánimo.”
(E1, Coord. PRAIS)

“A nivel de equipo hemos definido distintos niveles de intervención de autocuidado, por
decirlo de alguna manera, por ejemplo, cada uno es responsable de colaborar en la
mantención del espacio común; acciones tendientes a valorizar el trabajo de cada uno, a
definir cuáles son las funciones y marcar límites de convivencia necesarios (...) tenemos una instancia periódica, que es semanal de revisión de casos, lo que sirve para
crear primero criterios comunes, también hablar lo que nos pasa con los casos,
encontrara estrategias de intervención, que generan un soporte mucho más amplio que
es que uno puede generar desde su experticia individual, eso se ha hecho sistemático
desde mayo o abril del año pasado”.
(E2, Coord. CEMU)

“Fuimos a un *spa* de estos exquisitos, guiados por un psicólogo. El psicólogo hizo un
diagnóstico de nuestras ansiedades, de nuestros temores como equipo, de las
dificultades que hay para trabajar con esta clínica, cómo uno se siente capaz e incapaz
de reparar, y lo que eso implica en términos personales y de equipo, e hizo un plan de
trabajo, y ese plan de trabajo lo vamos a ejecutar este año”.
(E3, Coord. PRAIS)

“Tenemos, instalamos como autocuidado no llevarse pega para la casa”
(E2, Coord. CEMU)

“Las reuniones son los miércoles de nueve a once y media si o si, llueva, truene...da lo
mismo. Se habla de aspectos administrativos, que por lo general son muy pocos, y el
resto de la reunión es hablar de pacientes: hablar de pacientes en término de que “me
tiene atorada, no sé qué hacer”, o “me llego este paciente que era tuyo, veamos que
hacemos”, hablamos de los ingresos al programa de salud mental y...nos reímos mucho
en esta reunión, tiramos harto *pa* la chacota, estamos en una clínica difícil”,
(E3, Coord. PRAIS)

“Los procesos de inducción de los profesionales nuevos, *nadie se va a los leones solo*,
hay una acompañamiento que tiene que ver con bajar las angustias, detectar cuáles son
las debilidades, fortalecerlas y potenciar habilidades”
(E3, Coord. CEMU)

“Autocuidado interno digamos, con fondos personales (...) en la jornada laboral pero en
otro espacio (...) que consistió más que nada en actividades recreativas y en poder
generar un espacio de convivencia distinto. Pensando que desde el autocuidado anterior
hasta ahora igual han habido modificaciones en el equipo, que se han incorporado
estudiantes en práctica y es importante generar ese espacio de convivencia”.
(E2, Coord. CEMU)

“yo tengo vínculos con la literatura, y el psicólogo con el yoga y esas cosas de trabajo corporal. La doctora trabaja todo el tema de la sanación, es más mística, y en una oportunidad todos trajimos esto al equipo, fue súper lindo, pero fue esa vez no más...después cada uno sigue con sus espacios individuales”

(E1, Coord. PRAIS)

“Acá es un tema bien de puertas abiertas: si yo estoy atendiendo y tengo dudas, o tengo así mucha angustia por lo que me están diciendo, yo puedo ir donde cualquier y decir: “pasa esto”, y a la inversa, igual a veces es un poco agotador, pero sirve”.

(E2, Coord. CEMU)

“En términos más técnicos, hemos intentado auto capacitarnos o en la reunión hablar de temas que no todos manejan”

(E4, Coord. COSAM)

“nos contenemos, dándonos espacios sin pacientes, si uno está mal puede dejarse una mañana. Eso es un acuerdo interno”

(E1, Coord. PRAIS)

2.2 Experiencias positivas:

Entre las experiencias, son bien consideradas por los/as coordinadores/as, las instancias auto gestionadas o mecanismo que se han ido desarrollando en el curso su experiencia para el cuidado mutuo. También se consideran positivos temas relativos a la duración o la continuidad que tienen en el tiempo. Un tercer aspecto positivo tienen que ver con la posibilidad de hablar de temas que no sean administrativos y técnicos propiamente tal, es decir cuando se da lugar a los contenidos emocionales:

“el era *coach* fue capaz de hacer participar a todos, por lo menos (...) Se lograron hablar de algunas dificultades que teníamos, siento yo que fue un buen recurso (...) además se extendió en el tiempo, fue como por 6 meses”.

(E3, Coord. PRAIS)

“las reuniones de equipo también, cuando se revisan casos es como qué te pasa con esto, y hablar desde la frustración y desde la rabia muchas veces”.

(E2, Coord. CEMU)

“Tenemos supervisión todos los lunes, son supervisoras externas, dos psicoanalistas que vienen muy secas (...) Nosotros hacemos la plata y pagamos la supervisión”.

(E3, Coord. PRAIS)

“Usamos mucho el humor muchísimo, usamos muchísimo la ironía, y somos muy aguja entre nosotras”.
(E3, Coord. PRAIS)

“Es una política de equipo porque desde el servicio [SERNAM] nunca se nos han hecho indicaciones de cómo hacer la inducción y a nivel municipal tampoco, nosotros somos los que hemos ido detectando necesidades y poniéndolas ahí en juego y tratando de resolverlas desde lo que es el equipo”.
(E3, Coord. CEMU)

2.3 Experiencia negativa en torno al autocuidado:

De las experiencias que mencionan haber tenido, existe una sensación compartida de que no siempre generan momentos positivos al equipo y a su vez, que instalar o generar espacios de autocuidado resulta complicado en el contexto institucional. Las principales críticas son:

2.3.1 Pertinencia de las intervenciones externas:

Las experiencias de intervenciones externas que relatan haber tenido en la práctica - en la mayoría de los casos - no han logrado ser efectivas, o tienen algún “pero” que va en contra de la noción de autocuidado de equipo que comparten. Las críticas frente a este tipo de autocuidado apuntan a dos aspectos íntimamente relacionados: el tipo de actividades que se realizan, y la experticia de los interventores en el campo específico de salud mental (relatores, coach, consultoras, psicólogos etc.).

“El año pasado por primera vez pudimos implementar una jornada: se contrataron los servicios de una consultora, consistió en dos jornadas (...) había un relator, que se supone, si... era psicólogo, que hacía actividades, pero yo creo que no tuvo elementos... a ver... pese a que en la licitación pusimos cuál era el público objetivo, la temática que trabajamos y cuáles eran los profesionales que iban, eran actividades súper básicas... ponte tu dentro de la programación estaba la dinámica lana pa presentarnos, cuando somos un equipo que trabaja súper compenetradamente, todos los días y por mucho tiempo. Nos permitió levantar alguna información, de necesidades, de poder generar algunos acuerdos, no se... guardar las carpetas en el *cartridge*, pero no fue con la profundidad que se necesitaba, no se abordaron temas más contundentes, de lo que trabajamos [violencia] ni del malestar que está instalado en el equipo. Nosotros

intencionábamos las actividades (...) nos referíamos a la violencia institucional, pero aun así ¿quién se hacía cargo de eso?, nosotros manifestábamos el malestar y ahí quedaba...entonces finalmente fue como un espacio recreativo y ya está. Cuando lo que se estaba pidiendo era algo que diera algunos espacios pa la elaboración de ciertas cosas”.

(E2, Coord. CEMU)

“Todo el equipo, fue súper critico a lo que se hizo, a la forma en cómo se ejecuto, a los contenidos, a las características de los ejecutores”.

(E2, Coord. CEMU)

“Fueron invitados a participar en un taller, de estos expresivos biodanza, expresión a través del arte...algo así, asistieron tres personas ponte tu de diez y se bajaron porque en definitiva no leyeron las necesidades de este equipo”.

(E3, Coord. PRAIS)

“las salidas no tienen ningún contenido”(…)“la primera fue súper incomoda, habían diferentes grupitos, somos todos de diferentes edades” (...) “Yo creo que a todos les gustaría un día libre, pero no sé si todos juntos a compartir”

(E4, Coord. COSAM)

“Las consultorías con el hospital las suspendieron, eran súper buenas, nos ayudaba mucho, esto yo lo entiendo eran asesorías externas. Las supervisiones individuales y grupales se hacían ahí también”

(E1, Coord. PRAIS)

“Espacios de contención no hemos tenido” (...)“Espacios para la reflexión del trabajo desempeñado son las jornadas macrozonales, pero ahí no va todo el equipo”

(E1, Coord. PRAIS)

Quienes coordinan identifican condiciones o cualidades que tienen las experiencias de autocuidado que provoca cierto rechazo de parte de sus equipos:

“Yo creo que son súper bien acogidas siempre y cuando sean congruentes con estos espacios que yo te digo que son previos (...) les encanta ir al autocuidado cuando las cosas han venido bien: se permite supervisar, se permite hacer reuniones y hablar de un tema que te está afectando; cuando te deja ir un poco temprano porque saben que *cumplí*, cuando hay un *feedback* positivo, y ahí además *teni* una salida es: *oh! que felicidad*...pero si, sienten que el espacio está siendo incongruente, una salida es como y *más encima tengo que salir con este equipo.*”

(E4, Coord. COSAM)

“No les gusta que las toquen, de verdad, les carga todo lo que tenga que ver con esto de... dramatizaciones, de agarrar el hilito y hablar no. Si les *pasai* laminas, y les *haci* identificar y que hablen, de por qué la eligieron, de porque la relacionan. Ningún problema” (...) responden sin ningún drama, sin pudor, sin vergüenza. Pero si empiezan, “ya tomémonos todos de las manos y abracémonos” o esos juego de la confianza con el otro, de tirarse para atrás, no, lo ven como la chacra de la psicología y a mí tampoco me gusta, imaginería y eso”.

(E3, Coord. PRAIS)

Como se puede leer, además de que no ha habido buenos ejecutores y expertos en el tema de salud mental respecto a las temáticas específicas que trabajan los equipos, existe una crítica en torno a que no apuntan a necesidades sentidas por los equipos. Es decir, un problema de evaluación o diagnóstico de la demanda de parte de los interventores.

2.3.2 Proceso de licitación:

El proceso de licitación es percibido como un mecanismo negativo para gestionar instancias de autocuidado. Se observa que a través de la plataforma de licitación no se acceden a las intervenciones que demanda realmente los equipos. En otras palabras, el proceso de licitación no permite mayor incidencia al momento de elegir una intervención - por la burocratización que implica y porque el trato esta mediado por las unidades pertinentes de la institución (generalmente lejanas a la coordinación y que nada saben de lo que se requiere en la práctica), por lo que terminan eligiendo según lógicas de costo beneficio. A su vez el proceso resulta excesivamente lento que incide en la frecuencia con la que se hacen las intervenciones:

“Todas las cuestiones administrativas se tramitan a través del municipio (...) yo hago un marco de referencia con lo que yo requiero, o sea: un servicio de autocuidado que bla bla bla una serie de puntos, tantas sesiones, estas características, este monto de plata asignada. Entonces esto se tramita a través del departamento de adquisiciones, se sube al portal Chilecompra (...) postuló un solo proveedor, que fue este que ejecutó y que realmente, la calidad de la prestación no fue la mejor (...) lo positivo (...) primera vez

que se logra ejecutar esa plata que se asigna desde el servicio del año 2009 y nunca se había utilizado”.
(E2, Coord. CEMU)

“El 2011 lo que pedimos fue herramientas de autocuidado, se licitó. Se presentó una psicóloga. Si bien le di las características del equipo y ella me dijo: “no te *preocupa*, yo me he manejado en diferentes lugares”, esta mujer estuvo en dos sesión y a la tercera terminaron por decirle, más bien terminaron haciendo que ella dijera “bueno si quieren les mando a otro facilitador”
(E3, Coord. PRAIS)

“En alguna ocasión una funcionaria me propuso realizar una actividad de chicun, y mi respuesta fue que trajera una propuesta escrita y nunca llego. Porque yo tengo presentar esto, justificarlos, pedir el presupuesto...pero claro, yo al final creo que yo quedo como el malo”.
(E1, Coord. PRAIS)

2.3.3 Experiencia en instancias cotidianas:

Respecto a las instancias cotidianas de autocuidado que tienen los equipos, - las reuniones clínicas de equipo - también hay críticas en torno a que no siempre se destina tiempo a analizar las dinámicas grupales o conflictos que pudieran haber, o desplegar la función de contención que se necesita por la complejidad de la tarea a la que están expuestos:

“las reuniones son cortas entonces a veces algunas cosas quedan en el aire” (...) “eso nos semi resulta, de repente terminamos quitándole tiempo a las cosas que nos cuidan que a veces es incluso material teórico, por temas administrativos que discutimos”
(E4, Coord. COSAM)

“Las reuniones clínicas, son semanales, pero son más bien administrativas, no se abordan otros temas” (...) “Tiempo para revisión de fichas, lo tenemos protegido, y nos sirve para coordinarnos con los casos, esto es necesario, y es el momento para hablar más de los casos”
(E1, Coord. PRAIS)

Por otra parte, la impresión es que hay resistencia de parte de los propios equipos en participar de las instancias de autocuidado:

“Tiene que ver con mirarse: esta es mi experiencia, esto es lo que he hecho, así lo veo yo...sin tanto concepto” (...) “hay un miedo, un miedo...a develarse, a hablar como persona...”

(E1, Coord. PRAIS)

“El equipo ha pedido, pero igual hay una resistencia, de todos, creo a abrirnos, a develar las cosas que pasan”

(E1, Coord. PRAIS)

“Tengo algunos disidentes, que dicen para que van a ir a hablar de sus cosas”.

(E3, Coord. PRAIS)

3. Rol de la coordinación en el autocuidado de equipo:

3.1 Demandas al coordinador/a:

Espontáneamente emerge que coordinar no es fácil y que quienes coordinan equipos experimentan malestar y tensión por asumir este rol.

“Yo había coordinado otro programa, y no quería coordinar tampoco...pero el coordinador antiguo se fue, y me dijo *“bueno tu sabi mas o menos como esto opera, terapia por un lado, están los temas administrativos, esta todo aquí en el computador”* y chaolinpinpin (...) ha sido ir descubriendo el proceso, lamentablemente, - eso si te puedo decir del servicio público – es como súbete al tren, y si no *podí* ir a la velocidad, te *quedai* abajo (...) es una cosa bien exigente”.

(E2, Coord. COSAM. Psicóloga)

Hay coincidencias de que cumplen tareas - que no están definidas formalmente en orientaciones técnicas - relacionadas al cuidado de sus equipos que han tenido que incorporar y aprender a hacer en la práctica: contención emocional, orientación o inducción técnica, mediación en conflictos intraequipo, mediación en conflictos equipo-institución, toma de decisiones:

“A veces igual como coordinador, me siento como el niño de los recados, que a este le pasó esto con el otro, no se enfrentan las cosas y uno no sabe cómo enfrentarlo...tomar decisiones tampoco es fácil, uno se siente cuestionado”.

(E1, Coord. PRAIS)

“por política nunca cierro mi puerta, todo es transparente, aunque a veces quisiera. Y porque uno es persona, y tiene tristezas, y penas y se cansa”

(E1, Coord. PRAIS)

“Ella no le da importancia a datos concretos, me refiero a datos cuantitativos que uno necesita para el área que uno trabaja, uno está en una estructura, que hay cumplimiento de metas, que es finalmente mi rol como coordinador (...) las peleas que tenemos son por el no cumplimiento en las tareas, pero yo separo las aguas, te *fijai*, yo siento (...) de repente ella mezcla lo personal con lo clínico”

(E1, Coord. PRAIS)

“yo trato de reflejarle a los chiquillos que son importante las pequeñas cosas también, aumentar media hora la reunión, poder supervisarse, poder comentar un tema, poder autocapacitarse, y que estas cosas sean una práctica cotidiana”.

(E4, Coord. COSAM)

“Esa es la principal preocupación que yo tengo (...) velar por una distribución más homogénea del trabajo y de la carga del trabajo, de forma que sea más equitativa”.

(E2, Coord. CEMU)

“yo no le voy a traspasar al equipo toda la chimuchina institucional que es súper nefasta (...) al mismo tiempo hay que recoger el malestar del equipo, *teni* que tramitar ciertas cosas y estarles informando “chiquillos no les van a pagar este mes, porque el contrato se atrasó”, y recoger ese malestar”.

(E2, Coord. CEMU)

“Yo creo que me lo piden a mí, como coordinadora, y que yo movilizo los espacios. (...) Creo que tienen más confianza conmigo en ese sentido muchas veces, salen del box y es aquí donde se vienen a sentar y vienen y respiran profundo”.

(E3, Coord. PRAIS)

“En algún momento la terapeuta era yo, entonces le dije “*sabi* que yo te quiero, te adoro, pero no puedo estar escuchando todo”, porque además tampoco te puedo decir qué pienso de lo que tú me estás diciendo, porque trabajamos juntas”.

(E3, Coord. PRAIS)

“yo tengo un manejo de información que probablemente es mayor al que tiene la gente del equipo, todos saben que acá atrás mío se genera mucho ruido, con los otros coordinadores, unidades, con la gente del municipio, y yo traspaso a mi unidad que hay ruido: “ojo chiquillos” “cuidado con esto, con esto otro” pero no dejo fluir todo el canal de tonteras que ocurren o cahuines, porque creo que esto enferma al equipo; yo tengo que poner lo que es la realidad actual, sino sería estar contantemente frustrando”

(E4, Coord. COSAM)

“finalmente cuando *teni* a la mayoría del equipo nuevo, me preguntan a mí, me toca contener, entonces estoy todo el día en eso, finalmente eso sirve para dar un sentimiento de seguridad”.

(E, Coord. CEMU)

“Yo como coordinadora y esto no es una política del COSAM, si alguien está muy apretado deojo que me diga “no voy a poder citar pacientes, en ese horario voy a hacer mis informes”. O las que trabajamos maltrato o abuso, pueden pedir una mañana completa para hacer informe, pero eso es casi un tabú. Yo no puedo decir como coordinadora de autorización, pero en el fondo a mi si me preocupan entonces mi equipo”

(E4, Coord. COSAM)

3.2 Riesgos:

Las demandas son consideradas desgastantes, e incluso, el cargo está asociado con la posibilidad de enfermar:

“Llevo 10 años como coordinador, y pienso que no es sano ser coordinador tanto tiempo”.

(E1, Coord. PRAIS)

“Estuvieron mucho tiempo sin coordinador, “ojalá dures” me dijeron cuando llegué, “todas las coordinadoras que han llegado acá, además han caído en clínicas psiquiátricas”

(E3, Coord. PRAIS)

“Hemos tenido situaciones de salud mental importante también asociadas al trabajo, concretamente, la coordinadora anterior, salió por un brote psicótico, sigue en tratamiento, estuvo internada”

(E2, Coord. CEMU)

3.3 Formación en Autocuidado de equipos:

A pesar de que es un cargo difícil manifiestan tener escasa o nula capacitación específica como coordinadores tanto en relación al autocuidado de equipos como a su propio cuidado. La que han tenido les resulta satisfactoria y necesaria. En este sentido reconocen no manejar modelos teóricos sobre malestar o salud (mental) en el trabajo, y funcionar desde la intuición y su propia experiencia como ejecutores y participantes de instancias de autocuidado. Existe en este sentido un abandono de parte de las instituciones:

“No conozco ningún modelo teórico en realidad para ser sincero. Alguna vez me capacitaron en burnout... También una vez tuvimos una charla con Aceituno, sobre el tema de la violencia de estado y los equipos terapéuticos, muy buena”

(E1, Coord. PRAIS)

“Antes habían reuniones de coordinadores, con la derecha se acabaron. Ahí se compartían experiencias, y se hablaba de los equipos. Cada uno tenía sus características, todos estaban desgastados, pero algunos se notaba más por el desanimo, y otros, por otras cosas...las licencias, las renunciaciones...”

(E1, Coord. PRAIS)

“antes trabajaba en otro programa, y nos formábamos un poco en el tema del autocuidado porque hacíamos autocuidado para profesores en colegios, y por eso mi entendimiento [del autocuidado] tiene que ver más como con los procesos, que con las puras salidas” (...) “no sé si sabré un modelos teórico, pero leía de todo lo que encontraba de autocuidado y en algún momento, hice un postítulo de terapia sistémica, y uno de los profesores se dedicaba al tema de los autocuidado que es Morales”.

(E4, Coord. COSAM)

“No manejo mayor información al respecto, y la verdad es que no he tenido la instancia de generar otros espacios de formación, en términos de modelos y espacios de autocuidado ni nada, y tampoco han existido políticas institucionales orientadas a eso” (...) experiencia empírica en base a la retroalimentación de otros profesionales y de otras experiencias en otros trabajo en donde se han desarrollado programas de capacitación o mejor dicho de autocuidado”.

(E3, Coord. CEMU, Psicóloga)

“No tengo capacitación formal, pero si he participado de actividades de autocuidado donde me han explicado lo que es el autocuidado, y he hecho actividades de autocuidado. Yo trabajaba, cuando estaba en COSAM estaba a cargo del Programa de Habilidades para la Vida de JUNAEB (...) y lo otro es más por intuición”.

(E4, Coord. PRAIS. Psicóloga)

3.4 Relación con la institución:

La relación con las instituciones y jefaturas superiores o direcciones aparece como uno de los aspectos desgastantes del cargo:

“Hablar de los desacuerdos constantes que hay con la coordinación general, cuando los psicólogos de abajo igual no pueden hacer nada en el fondo, sería sólo transmitir frustración e impotencia, cosas que no se pueden cambiar no más”

(E4, Coord. COSAM)

“yo ya me cansé de pelear con el servicio”

(E1, Coord. PRAIS)

“Sobre todo desde las instituciones las respuestas son bien desastrosas, entonces te generan hartas cosas, incluso más que las situaciones de violencia que trabajamos, yo

creo que aquí, lo que más te violenta, lo que más te genera impotencia, es lo que pasa con las instituciones, en todos los niveles”.
(E2, Coord. CEMU)

Los/as coordinadores/as dan cuenta de una relación conflictiva con las instituciones a las que están vinculados las que mostrarían poca coherencia en su preocupación hacia los equipos de trabajo, lo que ejemplifican con:

3.4.1 Temas contractuales:

“El desgaste que se genera desde las condiciones laborales de las instituciones a las cuales estamos vinculadas (...) ahí tenemos dificultades importantes que tienen que ver con los temas administrativos, con las demoras que se generan en relación por ejemplo a la renovación de contratos, a la renovación de convenios, en el pago de honorarios”.
(E2, Coord. CEMU)

“Ni si quiera tenemos el pago de nuestro sueldo a tiempo. En general hay una sensación de que hay un maltrato institucional importante. Por lo tanto ahí, hay un desgaste subjetivo y físico, que es súper evidente”.
(E2, Coord. CEMU)

“La mayoría son a honorarios, y la inestabilidad, no sé si aporta al autocuidado”.
(E4, Coord. COSAM)

3.4.2 Una serie de obstáculos para la realización de espacios de autocuidado:

“Este año cuando le presente un proyecto de autocuidado a la coordinadora general, su respuesta fue que no le parecía que el equipo estuviera cansado. Ahí yo me pare, y le dije que al parecer no teníamos el mismo concepto de autocuidado, el autocuidado no sirve cuando ya están todos quemados, sino justamente para prevenir”.
(E4, Coord. COSAM)

“Este COSAM tenía historia de tener una *pará* como muy *sí nosotros nos cuidamos*, este año ha sido difícil que desde la institución se den las instancias [de autocuidado] (...) hubo cambios en la coordinación general”.
(E4, Coord. COSAM)

“Yo dos veces he propuesto que venga alguien externo (...) que aborde temáticas de grupo (...) que no sea solamente así como *ya chacotimos* (...) pero no están las *lucas*. O sea para ir a paseo hay lucas, pero pa temas de supervisión más clínica o pa hacer temas de autocuidado más guiado, con dinámicas por ejemplo, no. Se entiende como salida asado, piscina o diversión”.
(E4, Coord. COSAM)

“Fue un año difícil, aquí, iban a haber cambio de gobierno, entonces como que no se querían hacer muchas cosas, pero pa allá pa acá, conseguí una jornada de autocuidado, y que fuera *outdoor*”.

(E3, Coord. PRAIS)

“La dirección se agarró [de un informe que hizo un consultor externo donde se decía que no se podía hacer autocuidado porque el equipo estaba desmembrado] para no pagar durante mucho tiempo por lo menos tres año nada de autocuidado”

(E3, Coord. PRAIS)

La supervisión al servicio nunca lo hemos pedido como tal...una vez lo pedí y me dijeron “para qué”, nosotros en el servicio somos los únicos que atendemos en salud mental, entonces les cuesta aprender el concepto”

(E3, Coord. PRAIS)

3.4.3 Demoras en los proceso de licitación:

“Tenemos fondo asignados por el servicio [SERNAM] pero que están supeditado a un proceso de licitación importante que se demora dos, tres, cuatro meses dependiendo de quién este gestionando la licitación y de cuanto uno desde acá este hinchando a [la unidad de] abastecimiento para que te saquen la licitación rápido”.

(E4, Coord. CEMU)

“Se han demorado un montón en hacer la licitación, es lento (...) Está aprobado, tiene la firma de todo el mundo, y se va a incorporar en el presupuesto PRAIS, de hecho no es poca plata, son como ocho palos. Cuando a mí me dijeron si me iba a echar toda esta plata en autocuidado, yo les dije sí: si no me la echo, termino con todas enfermas”.

(E3, Coord. PRAIS)

3.4.5 Otra dificultad que se develó a través de las entrevistas es que los diferentes programas mantienen doble vinculación institucional que burocratizan e inciden en una desresponsabilización respecto al autocuidado de los equipos. Esto ocurre por ejemplo en la relación CEMU-SERNAM-Municipio; Servicio de Salud-Hospital-PRAIS; Servicio de Salud- Municipio-COSAM:

“Nos sentimos olvidados, pertenecemos al servicio, pero no estamos en el hospital...siempre hemos tenido problemas con las otras unidades”.

(E1, Coord. PRAIS)

“A mí me costó mucho conseguir algo de autocuidado, que Capacitación [Servicio de salud] nos pagara, al final les dije que lo hicieran con platas PRAIS”.

(E3, Coord. PRAIS)

“Porque nosotros tenemos por un lado, la supervisión técnica y el aporte financiero del SERNAM, pero por otro lado, nuestra relación contractual formal es con el municipio y ahí tenemos dificultades importantes que tienen que ver con los temas administrativos”

(E2, Coord. CEMU)

“Lo de la doble administración es *cuático*, por último te tuvieras que adecuar a una sola lógica, una cuestión tan básica como la rendición de gastos, aquí me piden una serie de documentos, aquí me piden otros, en este formato y en este otro... entonces es como *loco pónganse de acuerdo (...)* yo no sé si el equipo lo alcanza a percibir”

(E2, Coord. CEMU)

“Fue un espacio que buscamos, al servicio nunca se lo hemos pedido como tal [la supervisión externa]... una vez lo pedí y me dijeron “para qué”, nosotros en el servicio somos los únicos que atendemos en salud mental, entonces les cuesta aprender el concepto”

(E3, Coord. PRAIS)

La impresión es que no solo no facilitan el autocuidado sino que varios aspectos de índole institucional inciden en aumentar el desgaste y malestar de los equipos:

“Es una institucionalidad burocrática del terror, súper maltratadora en sí misma; te genera una sensación de que estay perdiendo tú la cabeza”

(E2, Coord. CEMU)

(...) antes había un coordinador general mucho más preocupado de la gente, del clima, de observar a la gente, dar los espacios, dar pequeños incentivos por ejemplo si no llega tu paciente ándate a tu casa porque sé que trabajas bien versus una coordinación que hay ahora que es como más invasiva, controladora” (...)“yo puedo tener flexibilidad con las cosas [como coordinadora] pero cuesta, ese es el panorama actual”

(E4, Coord. COSAM)

“Lo que hagas nunca es suficiente y tampoco hay una retribución adecuada”.

(E2, Coord. CEMU)

“ojala te den horas administrativas, que no nos dan”

(E2, Coord. CEMU)

4. Sufrimiento y trabajo

4.1 Signos:

Respecto al sufrimiento en el trabajo ninguno niega que se exprese cotidianamente a través de diferentes signos, situaciones, conductas que observan en sus equipos y en ellos mismos. Es decir es algo sentido que circula de manera real, que afecta y se expresa manifiestamente, pero también de forma más silenciosa:

“Nos dimos cuenta que todos estábamos buscando pega por nuestra cuenta. Necesitábamos respondernos esa pregunta, qué nos sostiene aquí”
(E1, Coord. PRAIS)

“en lo más individual, resfríos, estar deprimido, stress, llegar tarde, se empieza a notar (...) en el equipo, se nota en que se resienten las relaciones, empieza la competencia entre gente (...) quién se fue temprano, por qué él tiene menos adherencia, cosas de ese tipo”
(E4, Coord. COSAM)

“Se va generando un sentimiento de ineficacia que se te puede ir produciendo frente a determinadas tareas y también al contexto institucional”.
(E2, Coord. CEMU)

“Sí, se enferma hartó mi gente. Los refreíos son, absolutamente habituales (...) yo veo que justo nos refriamos cuando estamos complicadas, cuando ya estas media reventada. Julio mitad de año ponle tu, en septiembre que quedai muy cargada después del once de septiembre, que teni que sostener un montón de pacientes, y entonces sostuviste en septiembre pero en octubre cagaste. Colon irritable, olvídate, pan de cada día (...) de lo psicossomático, granitos en la piel, dolor de columna de la nada”.
(E3, Coord. PRAIS)

4.2 Dimensiones:

La impresión que cada uno/a de los/as coordinadores tiene en torno a lo que enferma del trabajo - y por lo tanto lo que habría que cuidar - toma diferentes dimensiones. Algunos hacen énfasis al nivel individual otros al nivel del equipo, otros más a la temática que tienen que abordar, y otros al contexto en el que se desarrolla el trabajo:

“La gente enferma cuando no hay comunicación, cuando no hay sentido de pertenencia y eso puede pasar cuando una empresa tampoco se preocupa de sus empleados, la gente piensa soy psicólogo, pero soy desechable”
(E4, Coord. COSAM)

“la sobrecarga enferma, el no tener conocimientos enferma yo creo, la complejidad de los pacientes también jaja, todo esto sin apoyo yo creo que es complicado”
(E4, Coord. COSAM)

“Es como cuidarse un poco de la locura también, yo creo que ver la experiencia de la compañera que se enfermó literalmente, fue bien dura, entonces ahí el tema de tomar distancia y saber manejar eso”
(E2, Coord. CEMU)

“Se cuida de llevarse contenidos que trabajamos acá, relatos que son horribles (...) es inevitable a veces contárselo a otros personas, algo que es súper malo, se contamina otros espacios.”
(E2, Coord. CEMU)

“Estamos con un público de atención bastante complejo, se requiere un nivel de tolerancia a la frustración bastante alto, sientes que todo lo que haces muchas veces no tiene mayor efecto (...) también al nivel de desgaste por la cantidad de trabajo que es desproporcionada, en relación a la composición del equipo, a los niveles de remuneraciones y a otro tipo de reconocimientos que se pueda dar al equipo”.
(E2, Coord. CEMU)

“Yo creo que uno se cuida básicamente, de que cuando escuches a tu paciente, escuches a tu paciente y no te escuches a ti” (...) Cuando empiezan esas identificaciones con el paciente, es lejos, lo peor y de lo que más hay que cuidarse y estar atentos”.
(E3, Coord. PRAIS)

“Creo que hay que cuidarse de llevarse pega para la casa, hay que cuidarse de no involucrarse, ese involucramiento afectivo que impide trabajar (...) No me da miedo el vínculo, el afecto me complica cuando hace perder el rumbo. Eso me parece complicado”.
(E3, Coord. PRAIS)

“Nadie puede estar bien escuchando tanto dolor de otro.
(E3, Coord. PRAIS)

Respecto a la mayoría de los temas recorridos se observan coincidencias entre quienes fueron entrevistados. Sin duda cada uno hace sus énfasis y destacan ciertos aspectos más que otros porque hay una singularidad propia

a la realidad de cada uno de los equipos e instituciones, pero en general se manejan conceptos, nociones y críticas similares.

Sin embargo, quisiera destacar la posición de una de las coordinadoras que se aleja a la idea que los demás transmitieron respecto a la posibilidad de que el trabajo pudiera enfermar. Ésta si bien reconoce la necesidad del autocuidado muestra cierta omnipotencia y negación del peligro real que existe en el abordaje de algunas temáticas y el de ser coordinadora, y en este caso al tener este rol es de suma importancia ya que pudiera interferir en las prácticas de autocuidado mismo, como vimos a la luz del marco *el primer paso del autocuidado es reconocer que uno está en riesgo* (Aron, 2004).

“Yo estuve el año pasado con licencia por salud mental ¿o fue este año? ya no se ya...pero siempre he dicho lo mismo: la pega solo te lleva al psiquiatra cuando otros aspectos de tu vida te tienen mal. Yo soy de la firme idea, de que la pega es un factor absolutamente protector. Que uno revienta ya por la depresión, el llanto, la angustia, que no *podí* estar centrado al frente del computador o atender a un paciente, cuando alguna de las otras esferas [de la vida] cagó (...) complicado y todo pero uno sigue”.

(E3, Coord. PRAIS)

“yo les digo “mientras no esté el autocuidado, cuiden las otras áreas por favor” porque si en las otras áreas estamos mal, ahí sí que nos vamos a ir a la mierda”.

(E3, Coord. PRAIS)

“claro que afecta, pero cuando estoy bien en las otras esferas de mi vida, es el trabajo que elegí y siempre escucho dolor. Este dolor, es un dolor histórico, es un dolor fuerte, es un dolor que tu *deci* “como un ser humano le puede hacer eso a otro”, es todo lo que tu *querai*, pero es dolor y yo aprendí, y a mí me enseñaron a trabajar con el dolor, me enseñaron a defenderme de él para irme a la casa, y tener una vida relativamente sana y estable”.

(E3, Coord. PRAIS)

6.2 Discurso de los equipos psicosociales de salud mental:

El discurso de los/as integrantes de equipos psicosociales de salud mental comparte varios elementos del discurso de coordinadores expuesto en el apartado anterior. Existen coincidencias en cuanto a las opiniones, sentires

y críticas de los espacios (y no espacios) de autocuidado, con algunos matices y diferencias en torno a las experiencias concretas que han tenido.

Categorías de análisis	Subcategorías
1. Noción de Autocuidado	Críticas al concepto
	Modalidades
	Objetivos
2. Experiencias de Autocuidado de equipo	Sobrecarga laboral
	Conflictos con la institución
	Dispositivos internos
	Tipos
	Críticas
	Expectativas
	Frecuencia
	Condiciones para el autocuidado
	Resistencias al autocuidado
3. Rol del coordinador de equipo en el autocuidado.	Necesidad
	Capacidad de gestión
	Jerarquía y autocuidado

1. Noción del autocuidado:

1.1 Críticas al concepto:

Hay una visión crítica del concepto autocuidado aplicado al espacio del equipo y la institución. El concepto en sí estaría asociado más bien a prácticas dirigidas a uno mismo de manera individual. Aun cuando el término mismo incomoda se legitima como una actitud a tener tanto fuera como dentro del trabajo (con instancias de esparcimiento, deportivas y terapéuticas).

Se pone en duda la posibilidad de que uno pueda *cuidarse solo* en dos sentidos: sólo, en un contexto institucional y de equipo, en el que existen dinámicas que van más allá del individuo, y sólo – ya sea como individuo,

unidad grupo o como unidad institución – sin la mirada de un otro externo. Es decir, se cuestiona en los tres niveles la posibilidad del *auto* cuidado.

“yo pienso que la palabra autocuidado es equívoca (...) autocuidado lo podemos hacer en la casa, cuidarnos a nosotros mismos, entonces... cómo le llamamos... a ver... “posibilidades de desarrollo grupal” o algo así... la institución debería ofrecer la posibilidad de que el equipo trabaje, que es lo que ha ido pasando en la práctica, la institución nos pone el espacio y ahí trabajamos nosotros (...) uno nunca se cuida a sí mismo salvo cuando reconoce que tiene un problema y recurre a otro para que lo pueda escuchar”.

(EG2, Equipo PRAIS)

“Parto de la idea de que si se puede uno “cuidar” al estar trabajando va a ser de forma grupal, en el equipo. No es como que uno se puede cuidar y el compañero de al lado no, o nos cuidamos todos, o no se cuida nadie en esto.

(E3, Psicólogo, COSAM)

También se hace manifiesto que la palabra autocuidado es conflictiva en otro sentido. Se alude a que su significado en el ámbito laboral involucra instancias de intervención externas como de cuidado cotidiano. Es decir, se habla de cosas diferentes con el mismo nombre, y por ende es difícil situar lo que se piensa realmente sobre el autocuidado. De todas maneras, todos/as coinciden de que “el autocuidado es necesario”.

1.2 Modalidades:

La noción de autocuidado comprende: actividades autogestionadas (de formación y de esparcimiento), instancias cotidianas de reunión y contención, como intervenciones externas (con consultores), muy en la línea de lo que se ha revisado en el marco teórico. El autocuidado también se entiende como instancias para tomar distancia y salirse de la rutina y la sobrecarga de atención.

“El tema del autocuidado tiene dos vías: la más coloquial, que es la más frecuente y las más fácil de hacer: instancias que emergen de los propios trabajadores que se quieren juntar a pasarlo bien, no hablar de pega, conocerse más (...) Pero creo que no porque

existan éstas, hay que abandonar las prácticas más formales de autocuidado [que abordan] dificultades en el trabajo, con estrategias, con planificaciones, con acuerdos”
(EG1, Equipo CEMU)

“Es la instancia donde podemos canalizar lo que nos ha estado sucediendo respecto a la dinámica de la actividad que realizamos, un lugar más protegido...hay temas que no se pueden tratar en la rutina diaria (...) uno está tan metido en lo que está haciendo pero sientes que hay algo que está haciendo ruido y está haciendo ruido y no se da la oportunidad, entonces el espacio de autocuidado hay que aprovecharlo para eso, es necesario.”
(EG2, Equipo PRAIS)

“Son muy necesarios los autocuidados, tienen que ver con la realización del trabajo, hay tensiones y cosas que terminan haciendo ruido, que van más allá del tema personal entre los integrantes del equipo, lo más complejo es cuando estas tensiones que pueden ser laborales producto de los pacientes que atendemos, generan dificultades para trabajar mejor” (...) “hay conflictos en el que termina involucrándose uno personalmente, enojado con el otro le parece que el otro actuó mal o no está de acuerdo en la manera en que hace la tarea y eso termina por incidir en si intervenimos bien o mal con un paciente determinado”.
(EG2, Equipo PRAIS)

“Yo pienso que el autocuidado tienen que ser diario y tiene que estar dado por un equipo que te de cierto soporte afectivo”
(EG2, Equipo PRAIS)

“Me parece que las instancias de autocuidado deberían ser a diario en el trabajo (...) Mas allá de decir, “este es el día del autocuidado”, o “la hora del autocuidado”, es una cuestión que debería estar instalada a todo momento” (...) “Si fuera así no hay jornada de autocuidado que se justifique, no veo porque habría que haberlo si el autocuidado está en todo momento”.
(E3, Psicólogo, COSAM)

Con el ultimo fragmento, se expone que lo aislado y sin sentido que resultan ciertas “instancia extras y fuera del trabajo” desvía el verdadero sentido que debiera tener el cuidado del equipo en las distintas dimensiones que se han mencionado: individual, institucional, grupal y respecto a la tarea. Como algo cotidiano, que puede ser abordado también con instancias e intervenciones externas, pero permanentes (como supervisiones por ejemplo).

De hecho, el psicólogo del COSAM, durante la entrevista reflexionó sobre una cuestión que resulta interesante a ser planteada, vinculada a lo que la institución transmite sobre la relación trabajo-cuidado -institución, lo que es corroborado con la impresión de otros equipos:

“yo creo que esa es una cuestión importante para pensar, que las actividades para cuidarse tienen que ser fuera de ese espacio. O sea como que se asocia de cierta manera que uno no se pudiera cuidar en el espacio de trabajo (...) como un indicador de cómo se está viviendo, consciente e inconscientemente el malestar que genera la institución misma en los trabajadores.”
(E3, Psicólogo, COSAM)

“Salir de acá de la oficina, hacer algo distinto, eso genera ya un alivio”.
(EG1, Equipo CEMU)

“Son espacios de esparcimiento de aprovechar de no trabajar, es un día que nos ofrece la institución de “hoy día no trabajen”, casi como una forma de aplacar yo creo lo adverso que puede ser la institución a diario, te dan este dulce”.
(E3, Psicólogo, COSAM)

1.3 Objetivos

Para los equipos, el objetivo que toma mayor relevancia está puesto en resolver conflictos con la tarea y de equipo, a pesar de que se valoran las instancias de esparcimiento que puedan generarse, principalmente cuando nacen desde la autogestión sin el peso de la obligatoriedad. Se pone especial énfasis en los espacios y condiciones (institucionales) que te permiten pensar.

La noción de autocuidado se justifica y apunta así a un sentido técnico que logre protegerlos en torno a las tareas complejas que les toca atender y que afectan su psiquismo, salud mental junto con las relaciones interpersonales. Se relaciona el sufrimiento y signos de desgaste con la complejidad de los casos que les toca atender:

“El trabajo del psicólogo pasa justamente por poder pensar lo que no se puede pensar por parte de los pacientes, lo impensable hay que volverlo pensable (...) es una función que tenemos que tener bien despierta, despejada y atenta en todo momento y eso se ve

mermado cuando se está en un espacio que te agrade, porque, parar poder pensar *teni*
que estar cómodo, comfortable”.
(E3, Psicólogo, COSAM)

“Aquí principalmente pensamos en nuestra salud mental, pensando que somos un
equipo de personas trabajando con personas, por tanto gran parte de nuestra exposición
es nuestra salud mental”.
(EG1, Equipo CEMU)

“El desgaste tiene que ver con como en el ejercicio diario en situaciones de vulneración
uno puede ir perdiendo sus habilidades, sus capacidades profesionales puede ir como
dejando de poner en juego todo lo mejor de uno como profesional”.
(EG1, Equipo CEMU)

“Escuchamos principalmente dolor y situaciones difíciles, pueden ir haciendo mella y
daño en uno (...) por ahí va el tema del desgaste”.
(EG1, Equipo CEMU)

“Me tengo que enfrentar a la frustración de ese tipo de enfrentamiento habitual y diario
con jueces, que no entienden qué es violencia”.
(EG1, Equipo CEMU)

“Cuando uno observa que una tensión de equipo influye para hacer bien o mal el trabajo
yo creo que es necesario un espacio y el autocuidado debería ser ese espacio, pero
también me parece que es ineficiente”.
(EG2, Equipo PRAIS)

“Una de las dificultades es poder ponernos de acuerdo en los temas básicos, donde se
mezcla lo afectivo con lo técnico, que están entrelazados. Muchas veces la necesidad de
soporte afectivo que tenemos como equipo supera la posibilidad de hablar lo técnico y
eso genera malestar también”.
(EG2, Equipo PRAIS)

“Tiene que ver con la temática de violencia en la cual trabajamos” (...) genera también
problemáticas y discusiones internas, que nos pueden provocar algún daño emocional,
(...) eso es lo que busca el autocuidado, generar espacios para eso no se genere o que no
sean persistentes esas crisis internas”.
(EG1, Equipo CEMU)

“Uno escucha un relato de violencia, es desgastante emocionalmente” [a veces] “uno
tiende a pensar “esto no es tanto porque he escuchado casos peores”, entonces ahí yo
creo que se va perdiendo lo profesional... y desde ahí también es necesario hacer
autocuidado”.
(EG1, Equipo CEMU)

“Creo que es fundamental, protegerse”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Es muy necesario por la temática que nosotros trabajamos, especialmente por el burnout, porque a pesar de que es un equipo, trabajamos como diadas, no como equipo y la sobrecarga es importante, por la temática, que es demandante”.

(EG2, Equipo PRAIS)

“el autocuidado yo considero que es muy necesario, porque todos nosotros hemos desarrollado una enfermedad psicosomática (...) veo que tenemos enfermedades físicas y de salud mental”. **(EG2, Equipo PRAIS)**

2. Experiencias de Autocuidado de equipos:

2.1 Sobrecarga laboral

A partir de las experiencias de autocuidado que tienen, se hace mención que la carga laboral agrava los riesgos a los que están expuestos, ya que no solo se trata de temas complejos, sino que de muchos casos complejos a la vez, bajo la presión de tener que hacer informes y diferentes tareas sin espacios adecuados de contención y elaboración:

“hay mucha sobrecarga laboral”

(EG1, Equipo CEMU)

“la carga, en hacer muchas actividades, uno también se va haciendo más insensible, o uno se va reprimiendo ciertas emociones (...) no me gustaría llegar a esa insensibilización (...) Pero también hay que controlarlo, porque ahí uno puede ver después que te lleva a un desgaste, a un desgaste profesional.

(EG1, Equipo CEMU)

“Nosotros el año pasado, como que intentábamos hacerlo [pausa saludable]...pero te vuelvo a decir, la rutina, la demanda, porque no todos tenemos el mismo horario, atendemos público, es como muy difícil instaurar ya ahora vamos a parar”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Hay varias tareas que son obligatorias dentro de las funciones que uno desempeña (...) que uno se da cuenta que tienden más al control de parte de la dirección, más que para el bienestar del paciente (...) la ficha yo creo que es una cuestión tremendamente agresiva, que desgasta mucho, no sirve para el proceso del paciente insisto”.

(E3, Psicólogo, COSAM)

“Depende también de que la carga de trabajo es muy intensa, y a veces quisiéramos nosotros hacer mas autocuidado, pero no nos da, no podemos. Mucha sobrecarga laboral” (...) “cuesta parar la maquina porque la gente necesita atención”.
(EG1, Equipo CEMU)

2.2 Conflictos con la institución:

En este sentido la institución aparece como un espacio de desgaste e incluso maltratadora en sí misma: no cuida a sus trabajadores, no cuenta con suficientes profesionales para atender las necesidades, lo que incide y se observa en la constante rotación de personal y la poca pertenencia que existe hacia la institución.

Resulta evidente que la forma cómo se organiza el trabajo - en cuanto a tiempos, prioridades, programación, espacios - a veces con poca planificación, y en otras con excesiva, genera la sensación de que la institución no se preocupa de ellos e incluso los agrede frecuentemente que la burocracia y las condiciones laborales:

“Es agotador trabajar en atención psicológica en salud mental, es un tema que no es menor. Pero no tengo ninguna duda que no tiene ningún tipo de comparación la temática con el daño que viene de la institución misma”.
(E3, Psicólogo, COSAM)

“No hay facilidad para los equipos (...) enero febrero siempre quedamos sin sueldo, yo ahora soy parte de la planta municipal, y por eso recibí mi sueldo a tiempo, pero a mis compañeros no y por eso también uno se desgasta y eso viene sucediendo...yo ingresé acá el 2010 y recibí mi sueldo recién a los 6 o 7 meses y eso pasa siempre”. **(EG1, Equipo CEMU)**

“Por mucho que como equipo tengamos la disposición, la voluntad de cuidarnos, hay cuestiones institucionales, políticas, que hacen que eso tenga un alcance corto” (...) “Recuerdo un trabajo, que no es en el COSAM, donde había intervenciones externas, teníamos una muy buena relación de equipo y disposición a cuidarnos, pero, habían situaciones como el no pago de sueldo, por dos o tres meses (...) Vivir sin sueldo, tener gente en el equipo que no sabe si le van a pagar o no, si va a tener su contrato de trabajo, desde un comienzo es una cuestión violenta”.
(E3, Psicólogo, COSAM)

“en el sistema público y en el COSAM (...) “se te informan, que lo que estabas haciendo ya no es así sino así (...) que la sala que estabas ocupando ya no va a ser mas (...) todo eso son cuestiones cotidianas de tu trabajo, y en las que te sientes en todo momento que no tienes influencia, no te *podí* apropiar del espacio suficientemente y eso es dañino”.

(E3, Psicólogo, COSAM)

“es súper importante la percepción del equipo sobre la institución misma, que es un poco esa sensación de abandono, de marginación que no todos viven igual, pero como que siempre falta ese algo para o validar el programa o bien validar el trabajo del profesional”.

(EG2, Equipo PRAIS)

“también te hacen sentir todo el tiempo, que en la medida que tu no realizas ciertas prestaciones es plata que deja de entrar, al COSAM, es una relación bastante perversa (...) el COSAM se financia en la medida que se realizan prestaciones (...) No tiene una entrada de dinero más que, o sea es como un taxi, igual que un taxi”.

(E3, Psicólogo, COSAM)

“Lo otro es que no existen en una jornada tiempos destinados, permitidos para tareas administrativas, llenado de fichas...informes (...) si hay pacientes que faltan, ese es el tiempo que uno tiene (...) ahí hay una cuestión compleja, porque son tareas que hay que desempeñar que son exigencias ¿y eso porque?, porque son tiempos que no que no significan un ingreso pal COSAM ese tipo de tareas, porque los únicos ingresos son por prestaciones”.

(E3, Psicólogo, COSAM)

Frente a todo esto, el Autocuidado resulta completamente ineficiente e inútil, e incluso violento. Esto en parte se relaciona a una realidad más bien suprainstitucional, relacionada al sistema de salud público y la forma en que este se financia, el cual tiene una lógica de mercado, que incide en el trabajo y finalmente en las prácticas perversas que se instalan en las instituciones, por dar un ejemplo el trabajo organizado en base a metas sanitarias, o el pago por prestación y diagnóstico.

Sin embargo, dentro de la institución, la impresión de quienes integran estos equipos es que la dirección local a través de decisiones y políticas institucionales explícitas e implícitas, también realiza acciones que van en

contra del autocuidado de equipo a pesar de que está explicitada la necesidad del autocuidado en las normas técnicas.

En COSAM por ejemplo, a pesar que la norma técnica señala la importancia de capacitaciones; desarrollo de habilidades para el manejo de las relaciones en el equipo; de supervisiones externas para elaborar conflictos grupales como formas del autocuidado, existe una disposición desde dirección a considerar el autocuidado como actividades solo de esparcimiento:

“no se trabaja con intervenciones de alguna consultora, de algún profesional, sino más bien de parte de la dirección del equipo se decidió realizar actividades de esparcimiento
más bien”

(E3, Psicólogo, COSAM)

En el caso de la normativa PRAIS, si bien se menciona que el autocuidado del equipo es fundamental para la atención, de manera indirecta la institución no permite - a través de mecanismos muy concretos y manejables - que todos participen:

“por disposición de la dirección (...) nos decían a los médicos y psiquiatras, “usted certifica pacientes” (...) y yo tenía que ver como atendía los pacientes del día” (...)

Cuando salió el informe del autocuidado se planteó: “los médicos no quieren ir al autocuidado” y no era así, no nos sacaban los pacientes [de la agenda] (...) yo no me voy a quedar después de mi horario de trabajo a atender pacientes por el autocuidado.

(EG2, Equipo PRAIS)

Se siente que no hay un reconocimiento real de las tareas y necesidades de los equipos clínicos de parte de la institución, en esto influye también por la doble vinculación institucional que tienen los equipos, que deriva en la desresponsabilización de ciertas unidades o directivos:

“Nosotros no pertenecemos al hospital, nuestra jefatura [el servicio de salud] solo realiza tareas administrativas, los autocuidados que ofrece la unidad de Calidad de Vida están orientados al trabajo administrativo de gestión; hemos tenido que hacer un trabajo de años para posicionarnos como un equipo clínico y situar las necesidades de un equipo clínico que son específicas y muy distintas al trabajo administrativo”.

(EG2, Equipo PRAIS)

“La [unidad de] calidad de vida no está destinada al autocuidado, sino a reducir las licencias médicas, que son la gran pérdida que tiene el servicio, entonces si nosotras les salimos con un autocuidado de este tipo [que aborde las dinámicas grupales], no lo entienden porque el objetivo es reducir licencias médicas”.

(EG2, Equipo PRAIS)

“En este caso en SERNAM esta como la buena voluntad en el papel, letra muerta digamos porque después cuando hay que concretar, lo administrativo, lo burocrático, la demanda de trabajo, la carga de trabajo, no se puede llevar a la práctica (...) la supervisora [SERNAM] una vez lo mismo: “chiquillas, es súper necesario, lo tienen que hacer, planifíquelo, háganlo de forma sistemática”...pero después en el training, en la máquina de trabajo, no se puede no más, no se puede”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Se demoraron mucho en licitar, pasaron meses, meses, y ya estábamos a fin de año”

(EG1, Equipo CEMU)

“no contamos con caja chica, como que tenemos una doble vinculación entre los problemas que nos da el servicio y lo que pasa en la municipalidad también. Es muy complejo, hay que resolver...unificar eso”.

(EG1, Equipo CEMU)

En particular la cuestión de la licitación es sentida como un proceso burocrático que no facilita el autocuidado, sino por el contrario lo obstaculiza en términos de tiempo y también en el poco control que existe para acceder a “prestaciones” que realmente sean atingentes a sus problemáticas:

“Hicimos reuniones de equipo donde dijimos: “nos gustaría ver esto, esto, lo otro” Nos dimos el trabajo lo que nos gustaría trabajar de forma sistemática en los autocuidado, la coordinadora, elevó la solicitud vía ChileCompra, pero lo que llego fue solo un proveedor, entonces uno cae en lo administrativo burocrático, que ante lo que hay y nada, nos quedamos con lo que había, sino se perdían los recursos, así de simple”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Desde que yo llegué en el 2010 que se habla de autocuidado, pero nunca se concretó, hasta el 2013, antes siempre se perdían los recursos. Pero si hacíamos cosas entre nosotros, eso sí se hizo desde el 2010. No formalmente porque había que licitar”

(EG1, Equipo CEMU)

Finalmente son tantas las dificultades que se observan para realizar autocuidado tanto para asistir, como para que la institución autorice tiempos y coordine espacios, que lo que terminan aprendiendo los equipos es que el cuidado tiene que venir de ellos, ya sea de manera individual o colectiva. Ahí, toma pleno sentido que desde la institución se hable efectivamente de *auto* cuidado:

“Cada vez que hay autocuidado a mi me sale muy caro, de hecho le planteé a la coordinadora que yo no voy a ningún autocuidado más, porque me sale como agresión del medio, voy saliendo al autocuidado y ya están llegando los pacientes y se ponen agresivos (...) es un desastre, es un costo muy alto ir a un autocuidado, porque después tengo que ver doble paciente, tres pacientes (...) Yo he aprendido que el autocuidado me lo tengo que hacer yo, yo buscar los espacios, yo poner los límites”
(EG2, Equipo PRAIS)

“Hay muchos problemas para poder justificar los gastos, y eso, en términos de hacer un autocuidado planificado pensado **mejor** hacemos nosotras internamente autocuidado”.
(EG1, Equipo CEMU)

“Yo creo que no es un problema del equipo, es un tema de cultura del servicio que para ellos no está metido el autocuidado, o sea si tú no estás preparado para rendir entonces ándate, vamos a traer otro que sea capaz de tolerar el estrés”.
(EG2, Equipo PRAIS)

“Para mí el autocuidado ha sido dañino, entonces me lo he tenido que procurar yo (...) yo he puesto límites, atendí mis pacientes y me voy, atendidos mis pacientes nadie me habla, esas han sido mis medidas de autocuidados, y procurarme los espacios fuera de los horarios de trabajo para disminuir las enfermedades psicosomáticas”.
(EG2, Equipo PRAIS)

2.3 Dispositivos internos:

Los equipos frente a este panorama, desarrollan mecanismo propios de autocuidado, sobre todo porque manifiestan que en ocasiones se hace sumamente necesario un espacio de contención y de descompresión. El humor toma lugar como un factor importante para esto cuando no existen espacios específicos destinados a escuchar:

“Tuve solamente la experiencia de autocuidado que tuvimos a principio de año, hace un mes, pero fue súper autogestionada y autoprogramada, en verdad nos pusimos de acuerdo en que día podíamos hacerlo, en qué lugar y qué íbamos hacer. Y fue principalmente una jornada de distensión (...) vimos una película, nos reímos mucho (...) comentamos la película siempre con temáticas que tenían que ver con nuestro trabajo fue inevitable hacer comentarios”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Nosotros los psicólogos nos hemos dado una instancia autogestionada de supervisión que está autorizada por nuestra coordinadora, pero que no nos la da la institución, sino que nosotros gestionamos y está funcionando actualmente y cumple súper bien nuestro objetivo para nuestro trabajo”. **(EG2, Equipo PRAIS)**

“Otra estrategia que también es de autocuidado, que creo que es inconsciente, no sé si es tan consciente, este equipo tienen mucho sentido del humor, puede sonar súper coloquial, yo sé, pero para nosotros es como una vía de escape el sentido del humor” (...) reírnos de las cosas que nos pasan, tanto administrativamente como la pega propiamente tal, de buscarle el lado bueno, darle la vuelta, buscarle el lado simpático, ironizar, yo creo que por ahí también pasa el tema de liberarnos entre todos, ya riámonos, qué le vamos a hacer, así es la cosa”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Nos reímos harto (...) En un momento álgido salen cosas chistosas, le deseai la muerte a todos. Como que baja el nivel de las tensiones (...) De repente nos ponemos como con un humor negro, nos reímos de nosotros mismos (jaja) (...) A mí me fascina (...) Es un humor bien infantil en ese sentido (...) Hay pocas maneras de trabajar con cosas tan terribles como con las que nosotros trabajamos. Probablemente lo necesitamos, es como la manera más a la mano que tenemos. Es muy difícil hablar de lo que escuchamos”.

(EG2, Equipo PRAIS)

Otro mecanismo al que se suele acudir es al “acuerdo de no hablar de pega”, que podríamos pensar, sigue la misma idea de “no poder cuidarse en la institución”. Aquí, los equipos observan que a pesar de que establecen ese acuerdo, pocas veces lo cumplen, pero está en su horizonte. Podríamos pensar que esta contaminación temática, estaría relacionada justamente con tener los espacios adecuados para la descomprensión:

“si salíamos al almuerzo, o proponíamos no hablar, de nada, el primero que hablaba de algo de pega era sancionado”.

(EG1, Equipo CEMU)

“sí, inevitablemente terminábamos hablando de pega, aunque tratábamos de no hacerlo”.

(EG1, Equipo CEMU)

“De repente el no querer hablar de trabajo va por ahí, porque a veces ni si quiera nos vemos, es como “hola” “hola” son las seis “chao” “chao”, cada una está en su oficina porque hay mucha, mucha pega”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Cuando nosotros decidimos juntarnos en una casa a ver películas, igual hablamos de la pega, igual el tema no puede dejar de salir, pero estamos desde otra instancia de la libertad de que el tema salga, intentando liberar cierto malestar, incomodidades con la intención de poder distender esa carga energética que está todo el tiempo movilizándose”.

(EG1, Equipo CEMU)

2.4 Tipos de experiencias:

Entre las experiencias, formales autorizadas por la institución, los equipos refieren diferentes experiencias de autocuidado que pasamos a detallar a continuación. Estas son variadas y abordan diferentes dimensiones del malestar y necesidades de los equipos: relación con el cuerpo, conflictos grupales, esparcimiento y cuestiones técnicas/afectivas:

“Salimos, nos juntamos a almorzar para conocernos un poco más (...) generalmente lo hacemos con recursos de nosotros mismos. **Porque** no es muy fácil, gestionar, obtener los recursos mismo del servicio”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Hablamos en la primera reunión temas como del concepto del burn-out, qué cosas nos genera. Nos preguntó también si estábamos tomando pastillas (...) qué estrategias utilizábamos como vías de escape”.

(EG1, Equipo CEMU)

“[Después nos propuso] crear un producto ponerle un slogan, presentarlo, venderlo y todos ahí usamos solo imaginación y habían lápices, recortes, hojas. Hicimos dos grupos, y cada uno pensó en cosas de autocuidado que nos producían estrés. Había uno “el biceoptero” que tenía que ver con la temática del traslado habitual” (...) “el del otro grupo era el de las pastillas para detectar agresores o para controlar agresores”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Otra actividad [en la misma jornada] fue que cada uno desde la tarea, o la función que cumplían en el centro colocaba las dificultades que tenía en su trabajo. Esa fue como buena. Después hicimos acuerdos para mejorar esas cosas, pero yo creo que no lo hemos llevado mucho a la práctica (...) actividades en pro del autocuidado permanente”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Otra actividad, fue chistosa: Recordar cómo nos decían cuando niños. Teníamos que decirlo al oído y abrazarnos y tocarnos. Esa no nos gustó tanto (risas.) (...) Fue incomodo (Risas) (...) Yo sentí que era como descontextualizada esa actividad (...) quedamos así todos como qué onda”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Hay una hora que se ha establecido de manera natural como autocuidado que es el almuerzo. Si. Que es una hora cronológica, que no hablamos de trabajo. Hablamos no se... Yo discrepo de eso, yo pienso que hemos vuelto hablar de trabajo”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Hay una práctica, que es nueva, que a mí me gusta mucho, que tenemos una vez a la semana, una autoformación en donde uno de nosotros capacita en relación a un tema, que va asociado a las necesidades que se van bien acá en el centro (...) lo rescato mucho, me ha gustado bastante”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Hemos pasado por distintos tipos de autocuidado, yo estoy aquí desde el 2006 la primera fue un grupo operativo a cargo de dos psicoanalistas, estuvimos trabajando un quiebre en el equipo que de hecho terminó con la salida de dos profesionales y el resto como que nos consolidamos como equipo” (...) después tuvimos una experiencia de psicodrama” (...) un período en el que no hubo autocuidado (...) Después tuvimos una capacitación, una especie de que finalmente desechamos porque eran técnicas de control del cuerpo, pero demasiado esotérico que no fue bien recibido por el equipo (...) Luego tuvimos esa especie de couch que estaba dirigido a que pudiéramos abrirnos más y tuviéramos más confianza en nuestro equipo (...) La siguiente tuvo una parte más recreativa, de hacernos cariño, con masajes, jacuzzi [en un centro especializado] con una segunda parte era en el fondo una evaluación de cómo estaba el equipo”.

(EG2, Equipo PRAIS)

“La reunión clínica de los miércoles, tratamos de hacer un espacio agradable”.

(EG2, Equipo PRAIS)

“Ahora existe una cosa que se llama Pausa Saludable y se creó un departamento que se llama Calidad de Vida Funcionaria... así que yo veo que se está tratando de implementar un poco más el proteger el trabajo de los funcionarios”.

(EG2, Equipo PRAIS)

2.5 Críticas al autocuidado:

Hay coincidencia, al igual que en el discurso de los/as coordinadores/as, que las experiencias que han tenido, no han sido ni suficientes, seguras, efectivas y positivas.

Principalmente el malestar que se experimenta en los autocuidado resulta de la poca consideración que existe de parte de los interventores/consultores de sus reales necesidades, de la poca calidad técnica de éstos y de la imposibilidad de hablar ciertas temáticas a partir de las dinámicas que se proponen en general vagas, e infantilizantes:

“Ese que fue como de couching fue bien desagradable porque no respondía a nuestras necesidades. Cuando hicimos el grupo operativo más psicoanalítico, si bien el proceso fue duro creo que los resultados fueron mejores. Los espacios de recreación también cumplen un objetivo, que si bien es más inmediato el efecto, igual es necesario, tal vez se podrían combinar ambas cosas... instancias más recreativas y otras más de análisis”.

(EG2, Equipo PRAIS)

“Frente a esa cuestión, yo dije “¿qué estoy haciendo aquí?”, prefiero ir a atender pacientes como una loca, que estar con esta señora vestida de payaso con esos lentes...

¿Eran como lentes para ver la realidad? (...) Fue algo muy infantilizante, con una metodología que se aleja demasiado... una cosa es lo lúdico y otro es lo infantilizante (...) Nos hizo llorar a todos, y entonces uno queda... (...) Si y después todos teníamos que volver a trabajar... (...) claro deja todo abierto, no lo recoge, no hay espacio analítico, y entonces no tiene sentido quedar así (...) nuestra temática es muy dura realmente, uno escucha cosas bien terribles entonces si uno va a trabajar eso terrible, tiene que hacerse cargo de lo que va a aparecer ahí, en ese caso, nos dejaron con las vísceras afuera, como se dice... (...) Eso, eso, salir desde allá para acá, meterse las viseras adentro pa partir a atender pacientes, fue una locura (...) Fue loco, y después vino esa sesión de los lentes, que se ponía los lentes y cambiaba la voz, muy actriz entonces era muy raro, muy raro”.

(EG2, Equipo PRAIS)

“en el centro de la mujer, tuvimos instancias previas en las que pensamos que cuestiones deberían ser tratadas (...) ahora en la práctica eso no se tradujo...se tradujo en una desilusión”

(E3, Psicólogo, COSAM)

“el autocuidado no tiene la profundidad que se requiere”.

(EG2, Equipo PRAIS)

“Esa instancia [Pausa Saludable] era como mal mirada, como que todos corríamos de esa instancia, porque nos hacían diferentes actividades como zumba y era como obligados a bailar zumba en el pasillo y uno debajo de la mesa – me acuerdo de esa sensación que era como obligada – tampoco tenía mucho sentido”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Me pareció un fiasco” (...) “una estafa, un vejamen a la salud mental, era un psicólogo el que coordinaba como tratando de problematizar lo que supuestamente sería el trabajo, cómo cuidarnos, de una forma muy superficial, muy desde el sentido común, que a mí no me aportó nada, era una lata”. **(E3, Psicólogo, COSAM)**

“Son instancias de muy poca problematización en términos institucionales, de lo que se trata el autocuidado, de cómo puede estar afectando a la salud mental el trabajo y queda todo de parte de los trabajadores. Como bueno, como si nosotros pudiéramos resolver y evitar el tema del *burnout*, o de que nos dañara el trabajo”.

(E3, Psicólogo, COSAM)

“Fue bastante precario. Fueron dos sesiones, tuvimos dificultades con el transporte... Llegamos tarde, hubo que acortar la sesión. El profesional que dirigió no me pareció el más adecuado, un poco fome, los contenidos que abordamos no fue mucha novedad, porque además somos un equipo interdisciplinarios que igual manejábamos lo que hicimos”.

(EG1, Equipo CEMU)

“lo pasamos bien pero ahí yo me quedo con el gusto a poco” (...) “las instancias de autocuidado terminan en eso: pasarlo bien (...) un día afuera de la oficina, pero faltó lo técnico, el soporte técnico lo encontré bien básico”.

(EG1, Equipo CEMU)

Entonces son varias dificultades que yo creo que no se han podido ir conversando y van quedando ahí. Entonces, con los dos últimos autocuidado que me ha tocado ver, justamente estos son los problemas que no se hablan. Este es el problema que se deja de lado, y justamente es problema que se deja de lado son los conflictos que se generan como equipo y que no nos permiten tener la confianza básica para hablar de determinados temas que son complejos.

(EG2, Equipo PRAIS)

2.6 Expectativas:

En general por todo esto, no se tienen muchas expectativas en las instancias de autocuidado:

“tener expectativas en relación a que voy a pensar mi trabajo o tener ahí una manera de relacionarme con mi equipo diferente, a partir de ese día, de esa jornada, no, no tengo ninguna expectativa, ilusión, en relación a eso (...) yo creo que los equipos, les pasa un poco eso, no tienen ninguna expectativa y se deja casi para un momento que no haya tanta presión laboral”.

(E3, Psicólogo, COSAM)

“Depende de qué autocuidado sea, porque hemos tenido una gran variedad de autocuidados, unos más psicoanalíticos, otros más de coaching, otros más de recreación, entonces, dependiendo el modelo uno se enfrenta a la propuesta de distintas maneras”.

(EG2, Equipo PRAIS)

Las intervenciones externas se experimentan como un espacios conflictivos, sin embargo como se plantea en el siguiente fragmento esto no siempre es negativo para el equipo. Se entiendo como algo propio del abordaje de una problemática que los implica:

“Había una crisis muy grande y en ese sentido sirvió mucho, pero no terminó con la familia feliz, sino que con el equipo dividido [dos profesionales fuera], lo que no le gustó mucho a la institución”.

(EG2, Equipo PRAIS)

En este sentido, habría cierto tipo de intervenciones que podrían profundizar los conflictos que existen en el equipo. Por eso siempre se recalca que sea una persona experta en el tema y en el trabajo de supervisión la que haga esta tarea.

En otras palabras, incluso las propias intervenciones puede resultar en nuevos focos de tensión y malestar, cuando no resultan suficientemente contenedoras, cuando no están las condiciones para que la palabra circule, cuando se observa poca seriedad y el contenido no es atingente a las necesidades del equipo. Sin embargo, existe un malestar por el que habría que atravesar, necesario para que se exponga el conflicto, cuestión que no es posible de saber *a priori*, y en la que no siempre todas las partes (institución, miembros de un equipo, coordinación) quedan satisfechas. Este punto, también pareciera tener relación con la resistencia, esta vez de

parte de la institución de poder generar espacios de autocuidado, como plantea Foladori (2008), todo analizador grupal, es un analizador institucional.

Estas ideas complejizan el tema del autocuidado, en la medida que la noción que existe es que este siempre resultará en una solución al problema que se plantea, cuando en la realidad exponer el problema, hacerlo explícito no siempre conduce a una solución concreta. La solución concreta muchas veces pasa por un periodo de malestar mayor de tener que hacer acciones, movilizar estrategias que resultaran en otros conflictos.

1.7 Frecuencia:

Los equipos como se pudo ver relatan haber tenido diversas experiencias de autocuidado, pero esto no significa que sean hartas en cantidad necesariamente. En general, en referencia a la frecuencia los equipos dicen tener una o dos jornadas de autocuidado al año, lo que termina siendo insuficiente. Esto es relevante porque la frecuencia de instancias para pensar y estar en equipo sin las actividades cotidianas se relaciona con la posibilidad de generar un ambiente de confianza intraequipo:

“No he estado en muchas actividades de autocuidado en el COSAM, llevo trabajando un año y medio y habré participado en dos o tres días jornadas de autocuidado”.
(E3, Psicólogo, COSAM)

“Poca, poca, el programa tiene recursos para destinar en autocuidado pero eso cuesta gestionarlo”.
(EG1, Equipo CEMU)

“Tuvimos dos salidas del centro pero que se hace poco”
(EG1, Equipo CEMU)

“Por lo que yo entiendo, por orientaciones técnicas hay la disposición o la planificación de instancias de autocuidado de forma sistemáticas. Pero en la realidad de la funcionalidad cotidiana del centro eso es súper difícil, además el tema administrativo, tu lo tienes que licitar”.
(EG1, Equipo CEMU)

“¿Una vez al mes? Yo creo que cada 15 días, de distintas formas, quizás unas más extensivas y otras más pequeñas”.
(EG1, Equipo CEMU)

“Lo que impide que el autocuidado no opere es la poca disponibilidad de autocuidado, las instancias son insuficientes, son una vez al año”.
(EG2, Equipo PRAIS)

“Hemos tenido el año pasado una y el anterior también una jornada”.
(EG2, Equipo PRAIS)

“Son pocas experiencias, por lo que ha sido irregular. Pienso que debería haber más cantidad, porque así no ha sido posible entender las temáticas que nos ocurren”.
(EG2, Equipo PRAIS)

“La frecuencia podría permitir que se establezca más confianza”.
(EG2, Equipo PRAIS)

1.8 Condiciones para el autocuidado:

Respecto a la confianza hay coincidencias de que es un elemento fundamental para posibilitar la expresión de lo que se siente, se piensa y se necesita, lo que a su vez resulta deseable y saludable desde la perspectiva de los equipos. Sin confianza no hay palabra que circule, ni diálogo posible, y por ende, no hay equipo que pueda construir un sentido de equipo, para pensar y en lo posible encontrar soluciones y salidas a los conflictos. Tres conceptos entrelazados e inseparables: confianza-equipo-salud. La confianza, sin embargo, no está dada *a priori*, y se ve influenciada por aspectos grupales e institucionales reales e imaginarios, que requieren ser explicitados y trabajados previamente, afectando directamente los espacios y posibilidades de autocuidado:

“Cualquier espacio que a uno le permita poner palabras y pensar en lo que hace, yo creo que es un aporte”.
(EG2, Equipo PRAIS)

“Que la palabra no circule, es que uno no pueda sentirse con propiedad de poder decir lo que piensa, lo que siente, porque eso que se dice puede jugarte en contra, políticamente dentro de la institución (...) recordemos que estos trabajos, y eso es una gran violencia

también, son bien precarizados en términos contractuales. Yo por ejemplo trabajo a honorarios y la posibilidad de la desvinculación, es muy... le sale muy a la municipalidad" (...) "eso de alguna manera, también, está presente en las instancias de autocuidado e influyen para que no puedan ser aprovechadas, como pudieran serlo".

(E3, Psicólogo, COSAM)

"Uno va al autocuidado con inseguridad, porque las expectativas son hablar de las dificultades que tenemos como equipo para desarrollar la tarea".

(EG2, Equipo PRAIS)

"la libertad uno no la siente en las intervenciones digamos, o en las instancias de discusión, *sabi* que mañana eso te puede costar (...) para pensar en el trabajo y para poder cuidarse, lo primero que habría que asegurar es la libertad de que la palabra circule, y eso no existe. Siempre hay temor de que otro te pueda acusar.

(E3, Psicólogo, COSAM)

"[el autocuidado] no han cumplido a cabalidad lo que yo pienso que tiene que ser un espacio de autocuidado, tiene que ver con la poca disponibilidad de tiempo y del clima que existe dentro del equipo, que no es de tanta confianza"

(EG2, Equipo PRAIS)

"Parte más de la relación de la base, de ahí en adelante el autocuidado se genera casi entre nosotras mismas. Casi sin darnos cuenta, a mí me ha pasado, yo me estoy enfrentando al tema de la violencia (...) Estaba cabisbaja, silenciosa y todas se dieron cuenta, más de alguna me pregunto qué me pasaba, es casi un autocuidado... una preocupación por esta relación que se ocurre".

(EG1, Equipo CEMU)

"pensar si la supervisión es para todos o solo para los psicólogos, creo que es algo anterior que tiene que ver con la confianza, con que si yo hablo temas técnicos los demás me van a entender del mismo modo, o pensarán que estoy loco, o se tratará como que a mí se me dificulta mi trabajo"...son varias dificultades que yo creo que no se han podido ir conversando y van quedando ahí. Entonces, con los dos últimos autocuidado que me ha tocado ver [salidas, recreación], justamente estos son los problemas que no se hablan".

(EG2, Equipo PRAIS)

El sentido de equipo - la pertenencia grupal - es considerado parte fundamental del cuidado mutuo, se sostiene que sin esto no hay cuidado, ni "autocuidado" que sea real. Así, solo a partir de la confianza el equipo adquiere un sentido protector:

“Logro quitar esta angustia...comentando lo que yo estoy evaluando con otro profesional, cosa que me retroalimenta (...) verme sola enfrentada a una situación [compleja], para mí sería un desgaste importante”.

(EG1, Equipo CEMU)

“A veces uno se ve afectado o siente que de repente no encuentra la solución a un problema y necesita como botar o generar un espacio de contención, que eso ocurra de manera más informal tiene que ver con la confianza que uno pueda establecer con los otros y no como una pauta más estructurada de política institucional, lo que también creo que es muy valorable”.

(EG2, Equipo PRAIS)

“Frente a la emergencia es trabajar más en equipo, si todos trabajamos, ahí se nota más que nos cuidamos”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Cuidado en lo cotidiano yo creo que es sentirte parte de un equipo, y que en tu terreno tengas la capacidad de decidir e influir (...) que tengas la capacidad de desempeñarte y desarrollarte, enfrentar nuevos desafíos con libertad” (...) hay que distribuir las cuotas de poder que existen en estas instituciones tremendamente jerarquizadas.

(E3, Psicólogo, COSAM)

Además la posibilidad de que la palabra circule permite identificar los conflictos. Los equipos manifiestan en este sentido que las instancias de evaluación o diagnóstico de necesidades, son plenamente instancias de autocuidado porque permiten poner en palabras situaciones y dilemas que incluso no han llegado plenamente a la conciencia, o no han podido ser explicitados manifiestamente:

“más que la instancia misma del autocuidado (...) la evaluación nos permitió poner en palabras cuestiones que nos estaban pasando a todos, y que hasta ese momento no habíamos tenido la instancia grupal para poder compartirlo”.

(E3, Psicólogo, COSAM)

“en el centro de la mujer, tuvimos instancias previas en las que pensamos que cuestiones deberían ser tratadas (...) ahora en la práctica eso no se tradujo...se tradujo en una desilusión (...) ese trabajo previo si nos sirvió de autocuidado mucho”

(EG1, Equipo CEMU)

1.9 Resistencia al Autocuidado:

Ahora bien, la impresión general es que muchas veces habiendo posibilidades de hacerlo y acuerdos sobre fechas, las instancias de autocuidado se dejan de lado por cosas administrativas, por cuestiones de y se priorizan otras cosas, la impresión del psicólogo de COSAM da algunas luces de por dónde podría ir esa resistencia que en ocasiones se observa en los equipos, a parte de la cuestión de la circulación de la palabra:

“Yo siento que nosotros tenemos súper claro que nos desgastamos y tenemos que hacer cosas, tenemos la disposición para hacer cosas, lo intentamos, pero como que nos quedamos igual. No somos regulares (...) el año pasado cuando hacíamos esas instancias recreativas, decíamos ya el 20 de este otro mes...ah! No se puede...ya bueno no importa, lo corríamos, lo corríamos, dos o tres veces lo corríamos, al final, lo suspendimos...”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Además de la postergación por la falta de valoración de la instancia, y las faltas de expectativas, hay varias cuestiones que se ponen en juego, individuales y grupales. Unas que tienen que ver por ejemplo con restarle gravedad al tema del daño (...) es como: “eso no me va a pasar a mí”, “eso le puede pasar a los otros pero a mí no” “a mí no me afecta tanto” o “lo tengo controlado”, hay una cuestión narcisista de omnipotencia de que uno puede sobrellevar la tarea y solo además, y se pierde la importancia del grupo (...) es muy silencioso el efecto del trabajo y la institución (...) Cuando uno recuerda el entusiasmo con el que llegó y se mira después de dos años, recién ahí uno se da cuenta del daño que provoca”.

(E3, Psicólogo, COSAM)

3. Rol del coordinador en el autocuidado:

3.1 Necesidad:

Respecto al rol de la coordinación se considera de suma importancia para el cuidado del equipo, y en gran medida dependerá de las prácticas que puedan instalar como coordinadores/as, la posibilidad de mantener al equipo saludable:

“La coordinación es la bajada de las decisiones que se toman al interior del COSAM. A veces es un escudo y a veces una lanza hacia abajo. Un escudo que protege, y que trata de cuidar al equipo (...) Pero en otras ocasiones no, termina siendo también otro foco de agresión, ciertamente influye lo que es la salud mental del grupo, el de la coordinación”.

(E5, Psicólogo, COSAM)

“Fundamental, porque es quien nos representa ante la autoridad, es la que vela por todo, por nuestras necesidades, por nuestras expectativas, entonces cómo expone ante su superior nuestra necesidad es importante”.

(EG2, Equipo PRAIS)

“Recoger las inquietudes del equipo y después hacer de portavoz del equipo, de eso ante la institución” (...) también hay la vuelta, qué es lo que *podí* permear de allá pa acá (...) es un tema complicado”.

(EG2, Equipo PRAIS)

3.2 Capacidad de Gestión:

La percepción general, es que los/as actuales coordinadores/as tienen prácticas que están en sintonía con sus necesidades, y que se ubican en una posición de representantes del equipo, es decir, es un cargo que se percibe más bien dentro del equipo. Se reconoce que es un cargo complicado y que está en una constante tensión con las autoridades y directivos de la institución:

“La jerarquía de la coordinadora se ve del equipo para afuera, es como la cara visible que nos representa frente a la adversidad con la macro institución que es la comuna”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Es un cargo que está dentro del equipo, es superior pero hay la confianza suficiente para hablar de lo que nos pasa, tanto de lo personal como en lo profesional”.

(EG1, Equipo CEMU)

“En el COSAM contamos con una buena coordinación que está en esa línea [de la protección] incluso pagando un poco con su malestar”

(E5, Psicólogo, COSAM)

“A veces hasta majaderamente se le hace la solicitud a la coordinadora” (...) “Nuestra jefatura [coordinadora] actual si está muy disponible al autocuidado, pero nosotros tenemos arriba una dirección y la dirección no ve eso, los autocuidados han salido casi a la fuerza”.

(EG2, Equipo PRAIS)

Así, los esfuerzos que hagan en términos de gestión - que como vimos desde el discurso de los/as coordinadores/as no son menores – y la forma como logren articular las demandas institucionales con las demandas del

equipo, influirán en gran medida en la frecuencia con la que se realicen ciertas instancias, el clima laboral y también la posibilidad de ocupar y priorizar tiempos de trabajo para la contención emocional y la disminución de la presión laboral:

“Se dan ciertos espacios como en reuniones de equipo, para contención de casos que hayan pasado en la semana (...) tiene que ver con la coordinación del equipo que ofrece esos espacios”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Hubo un periodo en el que no hubo autocuidado, porque durante los primeros dos o tres años tuvimos nueve coordinadores hasta que llegó la actual coordinadora, que ha sido la coordinadora más estable y se ha mantenido desde entonces” (...) “ella ha lo hecho parte del programa [el autocuidado]”.

(EG2, Equipo PRAIS)

3.3 Jerarquía y autocuidado:

Uno de los equipos alude a un tema no menor, relativo a la mayor jerarquía que tienen los/as coordinadores/as y la relación de esto, con las instancias para el autocuidado que se ofrecen. La impresión es que sus opiniones podrían verse censuradas u obturadas, cuando están en presencia de la coordinación (quien es al mismo tiempo la que evalúa y califica). Si bien implícitamente se sostiene que se asumiría un riesgo al hablar con sinceridad, plantean que en la realidad de sus espacios, no han tenido por el momento ese problema, por las características particulares de la coordinación actual.

“Tuvimos una actividad que podría haber sido bastante inhibidora, era plantear las dificultades que uno tenía en el ejercicio profesional y estando con quien tu jefe directo, podría haber sido bastante significativo, podríamos haber dicho “no, aquí está todo bien”. Podría haber sido un obstáculo real. Y yo creo que se dijo lo que cada uno quiso decir, se dijeron cosas que sabemos que son, y que cada uno las plantea abiertamente”.

(EG1, Equipo CEMU)

“En el autocuidado la sentí bastante como que ella estaba integrada así horizontalmente, no como jefa como ella es aquí siempre, como coordinadora”.

(EG1, Equipo CEMU)

“Yo creo que eso es una fortaleza del equipo en general, que está como la confianza y el trato igualitario, sin perder los límites profesionalmente (...) creo que sí están los espacios entre los profesionales con la coordinadora para plantear lo que a uno le pasa”.
(EG1, Equipo CEMU)

Vemos también ejemplificado en el siguiente fragmento, la influencia negativa y el impacto que puede llegar a tener una mala coordinación en un equipo, y cómo se empiezan a aceptar y a asumir responsabilidades de manera inconsciente, silenciosa, con mecanismos que no necesariamente son mal intencionados de parte de la coordinación:

“Tengo la experiencia de haber visto a una profesional quemarse dentro del ambiente laboral: Fue la coordinadora de este equipo...tenía muy malas prácticas y yo también la empecé a replicar (...) se llevaba mucha carga laboral para su casa, se llevaba el computador y trabajaba el fin de semana, veníamos hasta el sábado, yo me acuerdo de haber venido porque era como que... mucha mucha pega” (...) “empecé a meterme en este sistema de trabajar, trabajar, trabajar y también me deje de autocuidar, permití también muchas cosas” (...) “mi jefa me daba de su dinero para solventarme y mantenerme” (...) “esta experiencia por lo menos a mí me dejo muy marcada, y si bien me costó un poco salirme de esta forma de trabajo de trabajar, trabajar, trabajar, responder, responder, responder, todavía me cuesta pero creo que lo he ido logrando...si antes venia los sábados a llamar gente, era una cosa de locos, de verdad me metí en esto y no me di ni cuenta”.
(EG1, Equipo CEMU)

Este ejemplo refleja la compleja relación que se establece entre los miembros de una institución, entre los cargos y funciones. El trabajo, como dice Dejourns (2013), está atravesado por dinámicas de sometimiento y poder (a veces invisibles) que aquí quedan evidenciadas.

Es asombroso que nadie haya podido tomar distancia y darse cuenta a tiempo de lo que ocurría. Se invisibilizó la injusticia que había, se intentó encubrir (quizás inconscientemente) a través del gesto “buen intencionado” de la coordinadora de pagarle el sueldo a esta trabajadora. Para los trabajadores fue aún más difícil ver lo que ocurría -lo que a todas luces es

un abuso -, ya que la coordinación misma estaba en una dinámica nociva para la salud de ella y de su equipo.

Para poder hacernos una idea más completa de lo que ocurría, habría que haber intervenido con una supervisión externa institucional - que como podemos ver no se hizo - y como resultado terminó con gran parte del equipo dañado, con la coordinadora internada y apartada de su puesto de trabajo por razones psiquiátricas.

7. DISCUSIÓN

Hasta aquí, hemos revisado desde diferentes perspectivas los discursos que circulan en torno al autocuidado de equipos. En el marco teórico, desarrollamos los principales elementos del discurso clínico – a partir de lo que se ha elaborado desde la psicología, el psicoanálisis y la psicodinámica del trabajo – y también lo planteado en las políticas estatales, en particular las orientaciones y normativas específicas de las instituciones que participaron en la investigación, que definimos como discurso institucional.

Por otra parte, a través del material recogido en el trabajo de campo, pudimos aproximarnos a las nociones que manejan quienes coordinan equipos psicosociales de salud mental y lo que comprenden por autocuidado los propios equipos.

Todas estas voces, nos servirán para problematizar el discurso del autocuidado de equipo en el presente apartado, como dice Iñiguez 2003:

“el discurso es una práctica articulada con otras prácticas también enmarcadas en el orden de la discursividad. Discursos relacionados con otros discursos que se retroalimentan, que se interpelan, que se interrogan; discursos a los que sorprender, descubrir y saquear; discursos productores y socavadores de otros discursos; discursos que se transforman, pero a los que también es posible transformar” (p. 78)

1. ¿Qué discursos circulan hoy sobre el autocuidado de equipo en los equipos psicosociales de salud mental?

En el nivel discursivo y en torno a lo que significaría el autocuidado de equipos, los cuatro discursos definidos coinciden en asignar un alto nivel de relevancia a la instalación de estrategias de autocuidado para la

prevención de ciertas patologías y fenómenos laborales nocivos, que se presentan en los equipos frente a la realización de las tareas encomendadas.

Lo que dicen del autocuidado de equipos se concreta bajo diversas formas que apuntan a abordar problemáticas en distintas dimensiones: necesidades técnicas y de formación; aspectos emocionales/transferenciales en torno a la tarea, situaciones y dinámicas del funcionamiento de equipo, y la realidad dada por la organización del trabajo y condiciones laborales.

Se puede decir, que el discurso clínico sobre la necesidad de que equipos psicosociales de salud mental estén permanentemente revisando sus prácticas, a través de diferentes dispositivos que permitan observar los aspectos emocionales, de equipo y técnicos que conlleva la tarea, se ha instalado a nivel institucional y en las nociones que comparten miembros de los equipos y coordinadores.

Diría que los planteamientos de Aron, Badury y Morales circulan - quizás no con los nombres técnicos con los que ellos definen los elementos del autocuidado de equipos – en el discurso y están plasmados en los documentos institucionales.

Es en el nivel de poner en práctica el autocuidado donde encontramos contradicciones, dificultades concretas, diferencias que evidencian oposiciones entre los discursos y también dentro de los propios discursos. Esto último se traduce en que a pesar de que las normativas sostienen y determinan ciertos espacios y condiciones deseables de autocuidado, estas terminan siendo desplazadas, absorbidas y obstaculizadas por la propia dinámica institucional.

Por otro lado, se observa que a pesar de que los equipos reconocen que están en riesgo y sostienen un discurso sobre autocuidado con bastantes

argumentos, dejan pasar el tiempo sin levantar la demanda del autocuidado, no se organizan para llevar a la práctica lo que dicen requerir.

Ambos casos, responden a situaciones distintas, pero muestran de manera concreta que lo que se enuncia en un nivel, no necesariamente se corresponden con la realidad.

Podemos ejemplificar estas contradicciones con diversas situaciones que se evidenciaron a partir del material de analizado:

En las tres normas técnicas revisadas aparece explicitado que el espacio de reunión de equipo es deseable en el marco del autocuidado; desde la psicología clínica se menciona que son espacios fundamentales para desarrollar una “intervisión de equipo” (Badury, 1999), una comunidad ideológica (Aron, 2004) y como espacio para poder hablar sobre los aspectos transferenciales, contratransferenciales e identificatorios que se movilizan en la situación grupal de equipo (Pulido, 2008). Equipos y coordinadores reconocen esta instancia como parte del autocuidado, cuando integra posibilidades de expresar conflictos, y abordar aspectos emocionales.

Sin embargo, en la práctica la reunión clínica se percibe como un espacio insuficiente y que destina mucho tiempo a cuestiones administrativas, dejando de lado aspectos clínicos, como el contenido emocional o afectivo relativo a la tarea.

Ocurre también que en ocasiones las reuniones de equipo no son aprovechadas por las dificultades que se presentan en la dinámica de las relaciones interpersonales y la poca confianza que hay dentro de los propios equipos. Un equipo en burn out, desgastado, en constante rotación es incapaz de desarrollar dinámicas de autocuidado por sí mismo en estos espacios.

Muchas de las reuniones de equipo resultan en conversaciones estériles respecto a las distintas posiciones teóricas, dificultando y determinando negativamente las intervenciones. Esto hace pensar que no basta con tener reuniones de equipo - de hecho todas las tienen – ya que en sí mismas, no se traducen necesariamente en espacios de cuidado, si es que no son bien conducidas, planificadas y compartidas entre todos los miembros de los equipos en cuanto a forma y contenido.

Lo mismo ocurre con las supervisiones externas. Desde los cuatro discursos definidos, se manifiesta la relevancia que tiene la mirada y la observación de un supervisor externo.

Sin embargo, la experiencia da cuenta de que en algunas instituciones estos espacios se han negado por la propia dirección. Por ejemplo en uno de los equipos PRAIS, se eliminaron las supervisiones y asesorías con el hospital tras el cambio de gobierno el año 2010, que modificó un acuerdo entre las instituciones. En otros equipos, la institución simplemente ha decidido no financiar las supervisiones – como es el caso del COSAM (*“no se trabaja como con intervenciones de alguna consultora, de algún profesional, sino más bien de parte de la dirección del equipo se decidió realizar actividades de esparcimiento mas bien”*).

En el caso de uno de los Equipos PRAIS la ausencia de la institución frente a esta necesidad, resulta en que los propios trabajadores/as gestionen ese espacio con sus propios recursos, a pesar de que desde ellos mismo exista claridad de que es la institución la que debería cumplir ese rol, según las normas técnicas y con el financiamiento que existe dentro del presupuesto. Pero al parecer la necesidad es más fuerte.

Frente a este ejemplo en particular, en el que la institución se desentiende incluso de la norma técnica de autocuidado, el equipo por la decisión que

toma de autogestionarse supervisión a su vez, se ve impactado internamente, pues se percibe que los psicólogos (quienes hicieron este acuerdo) segregan a los demás profesionales porque el espacio autogestionado de supervisión excluye al resto del equipo, y si bien ambos grupos dentro del equipo tienen sus argumentos, el hecho de que exista una supervisión clínica solo para los psicólogos, deviene en profunda incomodidad y malestar en el resto del equipo.

Esto hace pensar que ni siquiera dentro de los equipos se comparte lo que significan ciertas instancias definidas como autocuidado, que son necesarias, más allá del nombre que se les ponga.

Otro punto que parece contradictorio, tiene que ver con el eje de la temporalidad del autocuidado. ¿Prácticas cotidianas o intervenciones externas? ¿Qué es el autocuidado? ¿Con qué periodicidad se debiesen hacer supervisiones, las asesorías, las intervenciones externas, las salidas? ¿Cuándo y por qué?

Desde la institución se sostienen que el autocuidado son estrategias cotidianas:

“Un espacio permanente de intercambio de información, de conocimientos, de contención emocional y apoyo en la toma de decisiones, es fundamental para el autocuidado de los equipos de salud mental” (Norma Técnica N° 106).

“Para ello es necesario incorporar en el quehacer habitual de los equipos especializados, programas de autocuidado” (Norma técnica N° 88)

“Es preciso aclarar que el autocuidado no se concibe como un tipo de actividad excepcional, sino por el contrario, implica un proceso constante y transversal, el cual se debe desarrollar constantemente por quienes trabajan en el espacio laboral como en el extralaboral”. (SERNAM, 2012)

A su vez, desde el discurso clínico se menciona lo necesario que son los dispositivos permanentes de análisis que permitan dialogar y conversar respecto del quehacer y sus dificultades, específicamente: reuniones de equipo, supervisiones clínicas e institucionales (Aron, 2004; Morales, 2009, Badury, 1999, Bauleo, 1990, Pulido, 2008).

Los equipos y quienes coordinan, por su parte, también manifiestan que la complejidad de su tarea requiere de una contención cotidiana y de espacios de análisis permanentes. En estricto rigor, podríamos decir que están en sintonía todos, sin embargo, qué es lo que vemos en la práctica:

Primero que los espacios de autocuidado resultan insuficientes. Que cuando los equipos se refieren al autocuidado lo piensa inmediatamente como una “jornada”, como “una intervención” o una salida, ya que en la práctica no opera como algo permanente. En varias ocasiones dicen: “las reuniones, la autoformación y el autocuidado”.

Pareciera que los equipos niegan que el autocuidado sean las reuniones y los espacios cotidianos de contención (quizás porque ahí no se dan como veíamos más arriba verdaderas instancias de autocuidado), al mismo tiempo que sostienen que el autocuidado es todo eso, hay una expectativa que no se cumple.

En otras palabras, se habla del autocuidado como si autocuidado de equipo significara intervención externa y algo que hay que solicitar a la institución - y en relación a su temporalidad - intervención externa sería a su vez algo

esporádico, excepcional, lo que se vivencia a su vez como instancias insuficientes para contener sus demandas.

La frecuencia con la que se realizan las actividades de autocuidado tiene estrecha relación también con el financiamiento y con la forma en cómo se accede al financiamiento; es decir, con una política institucional o suprainstitucional que determina el conducto a través de un engorroso proceso de licitación.

Respecto a lo primero, resulta mucho más fácil que el financiamiento esté cuando se trata de esparcimiento, que cuando se solicitan espacios de intervención especializada más complejos; ni hablar cuando se trata de algún proceso más largo. En esos casos, se cuestiona cuanto se va a gastar y por qué. Esta realidad es compleja, cuando además nos damos cuenta que pareciera que los equipos, o instrumento y materiales en ocasiones tuvieran mas importancia que los seres humanos que hacen parte de la institución, como plantea Aron (2004) *“la mayoría de los equipos e instrumentos de precisión no solo tienen periodos de mantención periódica sino que están a cargo de personal técnico especializado que detectan el mas mínimo error en su funcionamiento. Mientras más valiosas son las maquinarias, mayor es la inversión en su cuidado y mantención. A esto se refiere la responsabilidad por el autocuidado: exigir condiciones de trabajo que no impliquen se tratados como profesionales desechables, y que sean acordes a la delicada tarea encomendada”* (p.6)

En torno a lo segundo, la demora y burocracia que implican los mecanismos de licitación, impiden que sean realizadas las intervenciones con una periodicidad mayor, y como dice Foladori (2008) la institución con su rostro velado, se desentiende y evade su responsabilidad respecto del autocuidado propiamente tal, argumentando que el problema es de gestión,

sosteniendo que la necesidad de la transparencia del proceso y el sentido “público” tiene mayor relevancia que la generación de instancias para cuidar a los profesionales y los equipos.

Todas estas cuestiones inciden en que las intervenciones externas - que tienen una especificidad propia, irremplazable— no se asuman, como espacios permanentes insertos dentro de la dinámica institucional.

El autocuidado en la práctica tiene su presupuesto, pero al pasar por un proceso burocrático, se transforma necesariamente en actividades aisladas, a pesar de que se plantee de otro modo, y que la necesidad evidentemente es mayor.

Respecto al contenido de las intervenciones, las instituciones no comprenden la especificidad clínica que demandan los trabajadores/as y entienden el autocuidado más bien desde la lógica del esparcimiento, la relajación y la distensión (pausas saludables, jornadas en centros de recreación). Podríamos decir, que desde el Modelo de Fatiga definido por Mirando (2008), y también desde una marcada influencia de la teoría del estrés.

Es decir, en la práctica opera, a pesar de todo el discurso institucional que vemos en manuales y normas técnicas, el autocuidado como un analgésico, como un escape que permite una pausa, un alivio dentro de la rutina y la carga laboral, un “*dulce para que la guagua no llore*” como dijo uno de los entrevistados.

A su vez, es común que se mencionen en las normas y orientaciones institucionales ciertas características que deben tener los equipos (buen clima laboral, manejo de conflictos, contención entre los miembros), pero

no se menciona cómo lograr estas “competencias” o estrategias concretas definidas para poder desarrollarlas.

Pareciera que la idea que tiene la institución es que por nombrar estas cualidades, los equipos mágicamente las adquirirán y las pondrán a trabajar, desconociendo o invisibilizando la idea de proceso y de conflicto dinámico permanentemente, y por lo tanto los dispositivos que deben instalarse cotidianamente para desarrollar estos ideales.

Esto se traduce en que se piensa que con intervenciones aisladas, jornadas de capacitación, que duran algunas sesiones espaciadas - porque “hay que atender pacientes” -, se pueden resolver los conflictos de una vez y para siempre.

La institución no asume esta responsabilidad como algo inserto en la cotidianidad del funcionamiento de la institución.

La institución se presenta como algo dado con roles y funciones claras, donde los protocolos pasan a tener estatuto de realidad, negando los conflictos inconscientes o implícitos que se generan en un movimiento y proceso continuo que depende de funciones, roles sociales, determinantes de género, de personalidad de los miembros (Foladori, 2008; Pulido, 2008; Sanfuentes, 2008).

Conuerdo en este sentido, con Pulido (2008) cuando dice que *“declarar la importancia de los equipos y ubicarlos al centro del organigrama que ilustra la red de salud mental y psiquiatría, no garantiza en ningún caso la constitución efectiva de ellos (...) en tal sentido llama la atención que dentro de la líneas de acción del Plan [de salud mental y psiquiatría] no aparezcan claramente institucionalizadas instancias sistemáticas de supervisión especializada para los equipos”* (p. 128).

Desde la experiencia de los equipos, el autocuidado tampoco toma la forma de una contención emocional, de un espacio de descompresión (Aron, 2004), ni entrega la posibilidad de hablar de la frustración y la complejidad a la que están expuestos. O para ser justo, pocas veces admite esa dimensión.

En esta línea, otra forma que se comprende el autocuidado desde las instituciones -además del esparcimiento- es la noción de relatoría o capacitación, donde se enseñan estrategias al equipo para abordar conflictos a través de actividades ficticias o mediadoras, quedando después éstos con la responsabilidad de hacerse cargo. Como dijo uno de los entrevistados: *“justamente lo que son los conflictos reales quedan fuera del autocuidado”*

¿Hasta qué punto es viable que un sujeto aprenda a cuidarse a sí mismo, como individuo o como colectivo?

Para esta pregunta, el psicoanálisis y la psicodinámica del trabajo tienen una posición que es clara, y es que la demanda tiene que ser dirigida a otro, y por lo tanto autocuidarse tendrá sus límites, en las que necesariamente la mirada y principalmente la escucha de otro podrá esclarecer, hacer consiente y manifiesto diversos aspectos de la dinámica relacional y del abordaje de la tarea que se hacen ciegos para el equipo. Dice Dejours (2013) *“hablarle a alguien es uno de los medios más poderosos para catalizar el pensamiento. Hasta el punto que al hablar el que intenta expresar su opinión a veces se escucha pronunciar palabras que le revelan dimensiones de su propia experiencia del trabajo (que es también experiencia de lo real) que desconocía hasta el momento mismo en que se oye hablar”* (p. 164). Así dependiendo del nivel de análisis – individual,

grupal o institucional – el otro equipo, el otro supervisor, el otro consultor, el otro institución, adquiere un rol relevante en el cuidado.

Las intervenciones y las normativas en cambio transmiten al equipo la idea de que “la solución está en sus manos”, que pasa por la voluntad de las personas y que se pueden aprender conductas y estrategias de autocuidado. Negando que un sujeto está determinado por fuerzas políticas, económicas, sociales e inconscientes, que ponen en cuestión la responsabilidad que le cabe en sus decisiones.

Es evidente que el discurso institucional está teñido principalmente por las ideas que aparecen como antecedentes relacionadas a la Teoría del Autocuidado de Orem, y por lo tanto con una idea de sujeto, de persona, de grupo particular: caracterizado por la racionalidad, la conciencia de sí, la madurez, y la capacidad de aprender y llevar a la práctica lo que aprende.

Es posible observa también, si volvemos al antecedentes de Orem, que esta particular forma de entender al ser humano, no tienen nada de ingenua y se corresponde con las condiciones de producción de sentido de una época en particular. Vemos que en el ámbito de la salud pública, la noción de autocuidado construida por Orem, busca revertir la dependencia que obliga al usuario a consultar en los sistemas de salud, fortaleciendo los niveles de autonomía por una parte, pero reduciendo los costos en definitiva, por incorporar a los “pacientes” en el proceso de cuidado, pasando de la lógica de objetos a sujetos (Arriagada y Gonzalez, 1999). Así, se puede hipotetizar que el sentido de nombrar “autocuidado”, a las estrategias de cuidado para los equipos, tienen sentido para la institución si pensamos que su objetivo es traspasar la responsabilidad que le cabe en el cuidado a los propios miembros del equipo, ahorrándose así los costos que implicaría introducir estrategias permanentes de autocuidado. Los costos, no solo por

el tener que pagar intervenciones externas, sino porque por lo que se ha dicho hasta aquí, el autocuidado de los equipos, implica muchas más cuestiones que también competen a la institución: contratos, equipos de trabajo completos, disminuir el ritmo frente a la sobrecarga laboral intensa a la que se ven expuestos, entre otras.

Desde mi punto de vista entonces, a la institución le conviene sostener discursivamente la noción de auto-cuidado, porque la exime de responsabilidades. Esto se traduce a su vez en la percepción que tienen los equipos de que la institución además de no cuidar, enferma.

En otro contexto, se observa esta conveniencia de dejar situado el problema como responsabilidad individual o propia (auto). La articulación entre sufrimiento en el trabajo y espacios de autocuidado, en los manuales y orientaciones técnicas se entrelaza directamente el concepto de burn out como patología individual – relacionándolo solo a la especificidad de la tarea (cuidar a otros, o utilizarse como herramienta) poniendo énfasis en la “sobre implicación” del profesional, es decir, se transmite la idea de que la responsabilidad es del trabajador por no “saber” poner límites.

Con este discurso, se invisibilizan verdaderas prácticas indignas e injustas, de excesivo trabajo, en condiciones precarias e inestables que habitan los equipos, donde el profesional por sí mismo no tiene más que “*continuar en la maquina*” viéndose envuelto en una dinámica que lo lleva a situaciones de sometimiento y sobreimplicación frente a las realidades a las que les toca intervenir. Se tiende a situar el problema en la sobreimplicación, como si fuera determinada individualmente, como un “error” del profesional, cuando en realidad el contexto en el que se hace el trabajo, no deja otra opción, porque las instituciones no responden, porque los profesionales no son suficientes, porque puedes perder el trabajo fácilmente.

La institución, reconoce poco las tareas y riesgos que enfrentan sus equipos a diario, y el modo de cuidar a sus profesionales lo confirma. La sensación es de abandono y frustración.

Como hemos visto, más allá del reconocimiento económico, que implica el salario – que en algunos casos ni llega, configurando un curioso modo de autoagresión y sometimiento– los trabajadores se nutren del reconocimiento hacia sus tareas, y según lo visto, la institución no solo no contiene las demandas de autocuidado de equipo, sino que a diario pasa a llevar a través de diferentes mecanismos, (evaluación cuantitativa, decisiones arbitrarias), a quienes trabajan.

En este contexto - a la luz de todo lo que escuché y la desastrosa realidad en la que se hacen las intervenciones en salud mental - comparto la hipótesis de que *“el sufrimiento de los sujetos en los lugares de trabajo, y sobre todo en el trabajo de equipo, está menos referido a su quehacer mismo que a las relaciones intersubjetivas y a la participación del sujeto en el espacio institucional”* (Chavez & Navarrete, 2012, p. 72).

Impresiona que habiendo tantos desarrollos, investigaciones, constataciones desde lo clínico respecto al cuidado de los equipos de salud mental, las instituciones no puedan poner en práctica programas, estrategias, instancias de autocuidado que resulten satisfactorias.

Esto, reafirma la idea de considerar el autocuidado como un dispositivo determinado no por el discurso clínico sino por el contexto histórico, político e institucional que los determina como práctica atravesada por el poder. Como explica Fernandez (1999) *“mientras la episteme es un dispositivo específicamente discursivo, que tiene que ver con la disposición de los enunciados dentro de una teoría científica. El dispositivo que después conforma, está determinado por las prácticas sociales y el poder*

que las atraviesa, a través de formaciones discursivas y no discursivas”
(s/p.)

Resulta imprescindible salir y dar cuenta del contexto más amplio en que se insertan estas lógicas. No se puede dejar fuera del análisis, que las instituciones responden a métodos implantados por un modelo social propio a la realidad de Chile, y a una particular comprensión del ser humano, de la salud y del bienestar, a travesado por el modelo económico, social y político.

Lógicas capitalistas de mercado determinan prácticas que se corporalizan en el sufrimiento por las dinámicas institucionales y de organización del trabajo. Lógicas de mercado, que ven en el autocuidado de la “salud mental” la posibilidad de reducir las licencias médicas y aumentar la productividad, y no una verdadera intención de modificar, pensar y contener las prácticas que sostienen los equipos. Lógicas capitalistas que atomizan y llevan al extremo la noción de individuo, incluso en los equipos de trabajo.

Los discursos como hemos podido ver, se atraviesan, se interpelan y también ocultan otros discursos y por lo tanto prácticas. En esta línea me llama poderosamente la atención que cuando se habla de cuidado y autocuidado de los equipos, no se haga casi ninguna referencia a la política, que en última instancia refiere a la deliberación colectiva sobre el devenir común y del bienestar.

En todas las entrevistas realizadas, solo hubo dos menciones:

“Para mí es fundamental que los miembros del equipo puedan tener cierta influencia en la toma de decisiones y en la dirección del mismo equipo.

Más allá de tener que padecer los cambios institucionales. Que eso es lo que en el sistema público y en el COSAM se vive a diario”.

“Cuidado en lo cotidiano es sentirte parte de un equipo, y que tu y en tu terreno de trabajo tienes la capacidad de decidir e influir, a partir de tu lugar ético, de tu formación teórica, a partir de tu capacidad profesional, humana, tu tengas la capacidad de desempeñarte y desarrollarte, enfrentar nuevos desafíos con libertad. Y siendo parte de un equipo, de un grupo, pudiendo compartir aquello. Entonces en ese sentido necesariamente hay que hablar de poder, hay que distribuir las cuotas de poder que existen en estas instituciones tremendamente jerarquizadas”.

Esta exclusión tan radical de lo político, que se traduce a su vez en que no existan menciones a modalidades de intervención en la línea de reivindicaciones institucionales, en palabras de Morales (2009), a pesar de las innumerables situaciones que soportan, da cuenta a su vez de cómo el dispositivo de autocuidado ha hegemonizado el concepto de prevención, salud y cuidado. Ahora bien, de nuevo esto se enmarca en un contexto más general que no solo ocurre en Chile.

Diversos autores, hablan de este proceso de desentendimiento respecto al plano político, por ejemplo, Hannah Arendt señala que en las sociedades modernas el entusiasmo por la política y la acción tienden a disolverse en provecho del individualismo. Dejours (2013) por su parte señala: *“se puede constatar, mas trivialmente, un profundo desafecto por la política (pero esta vez a nivel práctico) que podría ser el reverso de los éxitos del capitalismo contemporáneo”* (p. 153-154).

Lo que se evidencia también, es que no solo hay una renuncia a lo político, si no que peor aún, hay una fuerte resignación frente al sometimiento: *“los trabajadores han desertado cada vez más del espacio de la política y el*

creciente lugar que ocupan las actividades industriales (de producción tanto como de reproducción, de trabajo profesional tanto como de trabajo doméstico) en las inquietudes de nuestros contemporáneos se ve acompañado en efecto por un sensible retroceso de interés por la emancipación. Al mismo tiempo las manifestaciones de desesperanza social se vuelven cada vez más estridentes: agravamiento de la violencia en la comunidad política, aumento de las patologías unidas al trabajo, suicidios”. (Dejours, 2013, p. 170”

Vimos, así como los equipos en este contexto sostienen dinámicas que reconocen generadoras de daño a nivel institucional y no hacen nada al respecto (ejemplo de la profesional que trabajaba sin sueldo), en la dimensión política.

El abordaje clínico confirma que el trabajo posee en sí un poder que puede hacer degenerar cualquier democracia al asfixiar el pensamiento ético y político con las estrategias de defensa que los trabajadores despliegan contra el miedo. El trabajo concebido no sólo como una desgracia (la alienación, sufrimiento) sino como un medio de subvertir la dominación social (emancipación) supone establecer los eslabones intermediarios en el orden individual de la *praxis* y el orden colectivo de la acción política (Dejours, 2013).

2. ¿Cómo vivencian estos espacios como respuesta al malestar individual y colectivo que se produce en el trabajo?

La vivencia respecto a los espacios de autocuidado en general es condescendiente a lo que han podido generar, y lo que han recibido de la institución, principalmente a mi modo de ver porque frente a no tener nada, cualquier actividad que se realice se considera inmediatamente como algo

positivo en el contexto laboral en el que están insertos. Así a pesar de la pertinencia que muchas veces consideran negativas los equipos buscan e intencionan ciertas dinámicas para que resulten en experiencias positivas.

Sin embargo la crítica es abrumadora. Las experiencias son vividas muchas veces incluso con malestar, y como vimos eran coincidentes las visiones de los coordinadores y miembros de los equipos, respecto a que en general las actividades que se realizan no se corresponden a lo que necesitan, tienen una forma infantilizadora, desplazan los verdaderos conflictos, o en otras ocasiones, los exponen a situaciones incómodas y de profunda implicación emocional, sin recibir una respuesta satisfactoria. Se les critica además su impronta pedagógica y también sugestiva, es decir, que se instalan como intentos de convencer al individuo de que sus creencias, opiniones o sensaciones son falsas, y que, por el contrario, las que se le proponen son verdaderas.

Son en general tan estériles las experiencias que llama la atención, que durante el proceso de investigación se haya planteado incluso que la investigación misma – la posibilidad de haber podido hablar sobre esta temática en las entrevistas -, logró tener efectos de “cuidado”.

Hay coincidencias en este sentido con que poder formular los problemas, poner en palabras, y compartir las opiniones es vivenciado positivamente cuando hay un especialista realizando la intervención.

Aquí, los ejemplos expresados son claros y variados respecto a que el contenido de los espacios de autocuidado es pobre, descontextualizado, poco serios, de nuevo, muy diferentes a la realidad planteada desde lo institucional desde su solemnidad. La frase que ilustra esto de manera paradigmática, y que muestra la necesidad de que la institución se implique verdaderamente para que los espacios sean realmente espacios de cuidado y

no generadores de más malestar es lo que ocurrió con uno de los equipos PRAIS:

“una cosa es lo lúdico y otro es lo infantilizante (...) Nos hizo llorar a todos, y entonces uno queda... (...) Si y después todos teníamos que volver a trabajar... (...) claro deja todo abierto, no lo recoge, no hay espacio analítico, y entonces no tiene sentido quedar así (...) nuestra temática es muy dura realmente, uno escucha cosas bien terribles entonces si uno va a trabajar eso terrible, tiene que hacerse cargo de lo que va a aparecer ahí, en ese caso, nos dejaron con las vísceras afuera, como se dice...”

Es necesario pensar entonces desde la clínica lo que requieren los equipos, además considerar sus propios procesos internos, cambios, momentos históricos para que sean pertinentes las intervenciones que se realicen. Muchas veces vemos intervención desde la psicología laboral, pero sin una mirada clínica que contenga el malestar para que esto no se transforme en sufrimiento, a través de dinámicas estandarizadas para aprender ciertas competencias de autocuidado y solucionar conflictos, parcializando la realidad.

Es claro que lo que los equipos quieren o necesitan es más que nada hablar, dialogar, conversar. Estas palabras se repiten a lo largo de las entrevistas. Coincido con que esta vía posibilita en primera instancia entrar en la problemáticas de los equipos, sin embargo, es necesario, desde la clínica no ser ingenuos respecto de que esto se pueda dar simplemente generando un espacio de conversación (enmarcados en intervenciones externas, como en las instancias periódicas de autocuidado). Los mismo equipos lo plantean: *“no se sabe donde están las lealtades”, “que puede pasar si es que digo algo de mi práctica, de mis temores, de mis problemas”*.

Esta impresión, dialoga en sintonía con los postulados de la psicodinámica del trabajo en torno a que son necesarios espacios de deliberación colectivos para que el trabajar resulte en una experiencia de expansión de la subjetividad y la salud. Ahora bien, lo específico del espacio de deliberación desde esta perspectiva, - y que no se toma en cuenta generalmente, es que deben crearse condiciones propicias para que se pueda dar un diálogo. Dejour, enfatiza en que las opiniones o los conflictos no están claros antes de ser formulados, por ende, se requiere primero que todo aceptar que es un proceso donde hay, *“una palabra incierta, una palabra inacabada, una palabra que se busca o que busca traducir una experiencia, aun cuando no esté todavía suficientemente semiotizada”*. Es decir, *“la palabra aquí es convocada no solamente para enunciar la experiencia y la opinión, sino para que acceda a la inteligibilidad eso que aun no es totalmente consciente para el que se implica en la deliberación colectiva”* (p. 163). Es decir, uno puede equivocarse, desdeírse, situación que en general ataca no sólo el narcisismo individual, sino que implica una serie de riesgos: *“en primer lugar el de no llegar a formular adecuadamente lo que quiere decir. Luego, el de quedar al descubierto, al hacer pública su experiencia y las enseñanzas que de ella saca, es decir riesgo a recibir críticas o valoraciones desagradables causadas por la envidia y los celos. También está el riesgo el no conseguir justificar ante los demás su hacer. Y el riesgo de revelar los secretos de sus habilidades y perder las ventajas que le proporcionan en la negociación de su posicionamiento en la arena social del trabajo”*. p. 164)

Para minimizar todos estos riesgos de exposición a través de la palabra, la psicodinámica del trabajo, pone el énfasis en la suficiente confianza y en la escucha comprometida de parte del interventor. Elemento que como vimos no está en la mayoría de los equipos estudiado, ya sea de manera interna,

entre los miembros, como en relación a la institución y su capacidad de protegerlos y no desecharlos:

“el que se implica solo lo hace a condición de tener suficiente confianza en el colectivo, pero también y sobre todo cuando piensa que su palabra puede producir resultados, es decir provocar una acción, favorecer un consenso acercar los puntos de vista, permitir una decisión conveniente...” [Solo cuando existe una relación *de equidad* entre quien habla y escucha] *“el riesgo de entender, a fin de cuentas, es la angustia de vacilar en mis propias convicciones y perder los puntos de referencia a los que mi identidad le debe su estabilidad”* (Dejours, 2013 p. 165).

La impresión de los equipos es de abandono. El sentir de los coordinadores respecto al apoyo que les brinda la institución en torno a su responsabilidad en el cuidado de los equipos también es el mismo.

Este punto merece una mención especial, porque a través de la investigación emergió como un aspecto importante del autocuidado, la responsabilidad y vínculo que establece el coordinador con su equipo. Aun así, ninguna norma técnica señala la responsabilidad del coordinador en torno al autocuidado. En general no reciben capacitación, o espacios para poder manifestar lo que también viven a partir del cargo que les toca ocupar.

Para cerrar la discusión, que de todas formas deja de lado otros aspectos que también fueron identificados durante la investigación, me parece relevante incorporar la idea de que “cuidar” tienen su origen en la palabra latina *cogitare*, que según el diccionario significa pensar y tendría relación con: poner diligencia, atención y solicitud a la ejecución de algo; asistir,

conservar y guardar: discurrir, pensar, mirar por la propia salud, darse buena vida y vivir con advertencia a algo.

Rescatar este sentido del cuidar, me parece pertinente. Pareciera que “autocuidado” hoy al significar una serie de intervenciones y acciones diferentes pierde su efectividad en el sentido de la salud, para convertirse mas bien en un aliado invisibilizador de prácticas que van en contra del cuidado. Es la hora de poner todo estos elementos discutidos y generar cambios, cuidar, es decir, pensar sobre lo que estamos haciendo, tomar una pausa para poner atención a lo que pasa inadvertido.

Como dijo uno de los entrevistados: *“Para insistir en una cuestión, creo que esta muy mal pensado ver el autocuidado como una jornada y perder de vista que es en el día a día en todo momento que hay que realizarlo. Si fuera así, no hay jornada que se justifique, no veo porque habría que hacer instancias extras”*.

La realidad evidenciada en este sentido, que hoy es difícil sostener que el trabajo sea condición de salud mental, por lo menos en el marco de este contexto en el que trabajo ha perdido todo su valor.

7. PALABRAS PARA CONCLUIR:

El concepto de autocuidado en sí mismo aparece como un concepto de difícil definición, y son tantas las prácticas y experiencias que caben dentro de este, que termina siendo un concepto estéril y un dispositivo que termina obturando la posibilidad y el sentido mismo de la salud en el trabajo.

Su polisemia lleva a la poca especificidad de los roles que tienen cada uno de los componentes de una institución en el cuidado, y a que en la práctica cualquier cosa que no sea trabajo, sea considerada autocuidado. Lo cual resulta paradójico, pero al mismo tiempo muy en sintonía a como se significa hoy el trabajo culturalmente.

El malestar circula ya no sólo en torno al trabajo, sino frente al autocuidado del sufrimiento del trabajo, y esto se ha traducido en prácticas cada vez más atomizadas, en individuales, donde se olvida al equipo como sujeto de intervención con su propia dinámica y conflictos. En este contexto, la renuncia a lo político pareciera ser uno de los efectos mismo del discurso del autocuidado.

Del sufrimiento en el trabajo se habla harto en nuestro país pero en general se hace poco. Según mi punto de vista no se ha atendido con la suficiente seriedad y con la atención que merece algo tan fundamental en la vida del ser humano. Menos cuando se trata de equipos de salud mental, que como vimos a la luz de la investigación, tienen necesidades concretas por la especificidad de la tarea que tienen en sus manos.

Como dice Sanfuentes (2008) *“se observa una gran carencia de métodos de intervención que permitan paliar algunos de sus perniciosos efectos, tanto a nivel del individuo, como de la organización que los sufre. El déficit existente en esta última área es indicativo de la complejidad que*

reviste el diseño e implementación de estrategias efectivas para enfrentar una patología que es fundamentalmente producida por factores organizacionales. Intervenir a este nivel es siempre costoso y difícil de realizar, debido a que es necesario trabajar con la subjetividad del individuo y su particular manera de insertarse en la organización. Al mismo tiempo, implica enfrentar dinámicas institucionales fuertemente arraigadas en el funcionamiento colectivo, y las resistencias que se oponen al cambio” (p. 61)

En este sentido, creo que -a diferencia de lo que comúnmente se concluye a partir de trabajos de investigación- frente a la problemática del cuidado de la salud de los equipos de trabajo, pareciera no ser tan necesario seguir con más investigaciones en torno a clasificar, identificar, diagnosticar la realidad laboral y las relaciones entre salud mental y trabajo. Además es realmente impactante que en general, todos los artículos científico, manuales, libros, hacen referencia a los mismos autores, y pareciera que no avanzamos por esta vía.

Diría que lo falta es articular los discursos y que estos tengan una incidencia real en las dinámicas institucionales y políticas nacionales en general. Es decir, lo que falta es acción, movilización y cooperación horizontal y vertical, para realizar cambios profundos en las instituciones, que aparecen principalmente en su dimensión maltratadora - desde el discurso de quienes trabajan - más que en su función de contención, de identificación, contribuyendo a la estabilidad psíquica.

El trabajo, en este contexto, carece cada vez mas de sentido, reduciéndose muchas veces a lo meramente económico, la inercia frente a las injusticias y la soledad que conlleva, se traduce en la impotencia de actuar, telón de fondo a los males que aquejan a nuestros contemporáneos. Así, “*el*

proyecto de vida respecto al trabajo resulta minado o ficticio y se forma un estado de ánimo de “no hay futuro” el cual se manifiesta en la mayor parte de los casos en forma derrotista pasiva, pero rara vez de lucha” (Rosthchild, 1986, pg. 77).

No se puede ya desconocer la dimensión política del problema, “*la organización del trabajo además de técnica es también quiérase o no, política” (Dejours, 2013 p. 180), es decir que tras la administración de una institución hay una forma de entender la salud de comprender al ser humano, de significar el trabajo, “afirmar que en algunas formas de organización laboral el trabajo constituye un poder regenerador de lo político, es decir también que otras formas de organización del trabajo constituyen efectivamente métodos de gobierno capaces de desestructurar el poder de pensar, y que son capaces así de perjudicar a lo político (Dejours, 2013, p. 177”.*

Así, la desestructuración de la posibilidad de construir políticamente desde el hacer y la organización del trabajo, destruye todos los resortes de la solidaridad, para crear el “desierto” que a la larga como lo muestran ciertas investigaciones, destruir los lazos de civilidad más amplios, afectando seriamente a la movilización cívica entera (Dejours, 2013).

No hay posibilidades de salud, de un *trabajo vivo*, de un “autocuidado”, en un sistema que subvirtió las lógicas propias de estos valores culturales. Como dice Dejours (2013) “*Una “política del trabajo” stricto sensu debería elaborar primero una doctrina del trabajo tomando apoyo en la sistemática reevaluación e las relaciones entre el trabajo y la comunidad política entre el trabajo y la violencia, o la civilidad, entre el trabajo y escuela, entre trabajo y cultura, entre el trabajo y la democracia” (...)* “*Debería luego pensar las disposiciones incitativas y reglamentarias*

necesarias para transformar a fondo los principios y los métodos de dirección y gestión de empresas, a modo que los dirigentes no puedan soslayar sus responsabilidades respecto del impacto sobre la sociedad de las relaciones sociales de trabajo que ellos instauran en sus empresas o sus servicios por medio de la organización del trabajo” (...) “Para que los grandes servidores del estado y los gobiernos sostengan una política del trabajo, haría falta que estuviesen informados acerca de los principios [sobre el trabajo y la salud], y que los aceptaran (...) para ello sería necesario un cambio de rumbo tan espectacular como lo ha sido el viraje neoliberal. Semejante viraje solo es posible si lo apoya un debate de amplitud nacional. Una reforma política tan considerable parece hoy muy improbable. Quizás sea una realidad imposible. Peor en tan caso la decadencia de nuestra cultura y nuestra sociedad no podrá ser frenada” (p 188).

Frente a esta realidad, inevitablemente se ve interpelado el papel como clínicos tenemos que asumir frente a estas constataciones. Los indicadores, exige una reflexión complementaria al abordaje psicológico, que amplíe la mirada hacia otros malestares circunscritos en la realidad cultural, política y económica del país.

En sí, podemos intervenir y quizás conseguir analizar ciertas ansiedades, generar ciertos procesos, con las herramientas que tenemos, ¿pero cómo dar el salto a cambios permanentes y estructurales en la realización del trabajo clínico? En este sentido, considero necesario incorporar al análisis todas estas determinantes expuestas con el fin de generar conciencia, y en las propuestas técnicas de intervención tener presente la dimensión de lo político. Es necesario tener presente así, que *“donde sea que predomine la miseria desnuda y brutal humillación, la Salud Mental tiene que renunciar*

a ofrecerse como una disciplina de solución. De otro modo ella misma correrá el peligro, de alimentar la ilusión de poder resolver tales situaciones y de sanear lo que debe ser combatido” (Rotschild, 1986, pg. 79); lo que debe ser combatido en un nivel superior, o más amplio, en el nivel de la cultura.

Coincido plenamente con que el “trabajar” es político de parta a parte en la medida que tiene dos planos fundamentales: por un lado la relación subjetiva con la tarea que es de orden estrictamente individual y por el otro la cooperación que es el orden colectivo: *“En el primero de los niveles (...) encuentran implicadas efectivamente la cuestión de la identidad (...) y, más radicalmente aun, la de la vida subjetiva cuyo advenimiento e incremento son dese mi punto de vista lo que se juega irreductiblemente en toda política que tenga en cuenta la condiciones humana y su devenir. El segundo nivel – el de la inteligencia colectiva y la cooperación horizontal y vertical – se encuentra implicada, a través de la deóntica del hacer, la cuestión de la convivencia, de la civilidad y la conjuración de la violencia.” (p. 174 – 175).*

8. BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2007) *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Éditions Payot & Rivages, París.
Traducido por: Roberto Fuentes en *Revista Sociológica*, Año 26, N°73: 249-264. Mayo – agosto 2011. México.
- Ansoleaga E.; Artaza O.; Suárez, J. eds. (2012) *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en Salud*. Santiago, Chile: OPS/OMS.
- Arón, A.M. y Llanos, M.T. (2004) *Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia*. *Sistemas Familiares*, año 20-n°1-2, p 5-15
- Arredondo, V; Toro E. (2007) *Violencia Sexual Infantil: debates, reflexiones y practicas críticas*. ONG Paicabí. Servicio Nacional de Menores (SENAME), Valparaíso. Chile.
- Badury J. (1999): *Maltrato Infantil - Ecología Social: Prevención y Reparación*. Chile: Editorial Galdoc.
- Bauleo, A. (1990) *Clínica grupal y clínica institucional*. Buenos Aires, Argentina: Atuel S.A.
- Chávez L.; Navarrete M. (2012) *Sufrimiento psíquico, sufrimiento institucional: una experiencia de recuperación del pensar en Cuidado de Equipos en programa Vida Nueva*. SENAME
- Chazaud, J. (1980) *Introducción a la Terapia Institucional* (H. Acevedo Trad.). Buenos Aires. Argentina: Editorial Paidós. (Trabajo original publicado en 1978).
- Dejours, C. (2001) *Trabajo y desgaste mental*. Una contribución a la psicopatología del trabajo. Buenos Aires: Editorial Lumen. 3ª ed. (publicación original 1980).
- Dejours, C. (2006) *La banalización de la injusticia* (Trad. Beatriz Diez). Buenos Aires: Topia Editorial. 1ª Ed. (publicación original 1998)

- Dejours, C. (2012) *Trabajo Vivo: sexualidad y trabajo*. Tomo I. Buenos Aires: Ed. Topia.
- Dejours, C. (2013a) *Trabajo Vivo: trabajo y emancipación*. Tomo I. Buenos Aires: Ed. Topia.
- Dejours C. (2013b) El sufrimiento en el trabajo. Seminario organizado por Editorial Topia. 3 y 4 de mayo de 2013. Buenos Aires, Argentina.
- Devereux, G. (1985) *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo Veintiuno. 3ª Ed.
- Díaz X. y Mauro A., (2012) Riesgos psicosociales y salud mental de trabajadores y trabajadoras del sector salud en Chile. *Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago, Chile: OPS/OMS.
- Dirección del Trabajo (2011) Capítulo 10: Seguridad y salud en el trabajo. ENCLA: Encuesta Laboral. Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
- Fernandez, H. (1999) *Acerca de Foucault y las prácticas sociales*. Mar del Plata. Argentina.
- <http://fuentes.csh.udg.mx/CUCSH/Sincronia/fernandez.htm>
[consultado el 30 de junio]
- Ferreira, J. (2009) *Perdi um jeito de sorrir que eu tinha: violência, assédio moral e servidão voluntária no trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. 7Letras.
- Foladori, H. (2008) *La intervención Institucional. Hacia una clínica de las instituciones*. Santiago: Editorial ARCIS.
- Foladori, H. (2008) Trabajo, institución y producción de subjetividad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental de la Sociedad Chilena de Salud Mental*, Año XXV, N° 1-2: 79-91.
- Freitas, A. (2012) Sobre la concepción de sujeto en Freud y Lacan. *Alternativas en Psicología*. Año XVI. Número 27: 115-123. Agosto-Septiembre. México.
- Freud, S. (1893) *Bosquejos de la "Comunicación preliminar"*. (J.L. Etcheverry trad.) Obras Completas. Vol. I. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. (J.L. Etcheverry trad.) Tomo XII. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo* (J.L. Etcheverry trad.). Tomo XVIII. Obras Completas. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1930 [1929]) *El malestar en la cultura*. (J.L. Etcheverry trad.) Obras Completas. Vol. XXI. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1935) *La sutileza del acto fallido*. (J.L. Etcheverry trad.) Obras Completas, Tomo XXII, Ed. Amorrortu.
- González, S. & Arriagada, M. (1999). Ciudadanía y autocuidado en salud reproductiva y sexual. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 8(1), 181-195.
- Iñiguez, I (ed.) (2003) *Análisis del Discurso. Manual para las ciencias sociales*. Nueva edición revisada y ampliada. Barcelona: Editorial UOC.
- Kaës, R. (1989) *Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. La institución y las instituciones*. Bs. As.: Paidós.
- Kaës R., Correale A., Diet E., Duez B., Kernberg O. & Pinel J.R (1998) *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales* (Irene Agoff trad.) Argentina: Ed. Paidós.
- MIDEPLAN (2010) *Manual de orientación para la reflexividad y el Autocuidado. Dirigido a Coordinadores de equipos psicosociales de los Programas del Sistema de protección Chile Solidario*. Gobierno de Chile: http://www.chilesolidario.gob.cl/administrador/arc_doc/12471430384ba8c2343ecf9.pdf
- Ministerio de Salud (2005) *Construyendo Políticas Saludables en el Lugar de Trabajo: el aporte de cinco experiencias*. Programa VIDA NUEVA, Gobierno de Chile.
- Ministerio de salud (2006) *Cuidándonos del desgaste laboral: guía de sugerencias y actividades para el afrontamiento del estrés y el burnout en personas y equipos*

que trabajan en vih/sida y ets. Comisión Nacional del SIDA. Gobierno de Chile.

Ministerio del Trabajo (2012) Autocuidado en el lugar de trabajo. Módulo de Capacitación por Competencias de para la Seguridad Laboral y Prevención de riesgos:

<http://www.campusprevencionisl.cl/archivos/biblioteca/Seguridad%20y%20Emergencia/Normativa/Autocuidado%20en%20el%20lugar%20de%20trabajo.pdf>

Ministerio de Salud (2013) Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales del trabajo. Departamento de Salud Ocupacional, División de Políticas Públicas Saludables y de Promoción. Gobierno de Chile.

Miranda, G. (2008) Trabajo y salud mental en la perspectiva epidemiológica: Revisión Crítica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental de la Sociedad Chilena de Salud Mental*, Año XXV, N° 1-2. 67-78.

Miranda, Gonzalo, Alvarado S., Kaufman J. (2012) “Duración de las licencias médicas Fonasa por trastornos mentales y del comportamiento”. *Revista Médica de Chile*: 140: 209-215.

Morales G.; Pérez J.; Menares M. (2003) Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, Vol XII, N°1: 9-25.

Morales, G. (2009) [Procesos grupales de desgaste emocional, riesgos de equipo y auto-cuidado: el caso de la Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos del Ministerio Público en Chile \(URAVIT\)](#). Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, Mención Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Morales, G & Lira, E. (2000). La "receta" del autocuidado: Los riesgos de equipos en programas de trabajo con violencia. En O. Vilchez (Ed.), *Violencia en la cultura: Riesgos y estrategias de intervención*. Santiago: Ediciones Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

- Norma Técnica N° 106 Para la implementación y funcionamiento de Centro de Salud Mental Comunitarios. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 2008
- Norma Técnica N° 88 Para la Atención de personas afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el periodo 1973-1990. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.
- Orellana F.; Paredes M. (2006) *Autocuidado de equipos: aprendizajes de una práctica*. LOM Ediciones, Santiago, Chile
- Pichon-Rivière, E. (2001) *El Proceso Grupal, (Del psicoanálisis a la psicología Social, I)*, Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Pulido, R. (2008) Los equipos de salud mental y sus factores terapéuticos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental del a Sociedad Chilena de Salud Mental*, Año XXV, N° 1-2: 120-132.
- Rotchschild, B. (1986) *Salud mental entre trabajo remunerado y desempleo*, Salud mental y trabajo, UAEM, Cuernavaca (Matraj comp., 1986)
- Sánchez, Patricia (2006), Salud mental y trabajo: ¿un problema en alza? *Ciencia y Trabajo*. Vol. 21: 64 -69. Chile.
- Sánchez, V. (2012) *Vivencia subjetiva del docente como trabajador*. Tesis para optar al título de Psicóloga. Escuela de Pregrado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Sanfuentes (2008) Una mirada actualizada sobre el síndrome de Burnout. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental del a Sociedad Chilena de Salud Mental*, Año XXV, N° 1-2. 50-66.
- Santana A.; Farkas C. (2007) Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *Revista PSYKHE*, Vol.16, N° 1, 77-89: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-2228200700010000
- SERNAM (2012) Orientaciones técnicas Modelos de intervención Centros de la Mujer. Servicio Nacional de la Mujer. Chile Acoge, Gobierno de Chile:

[http://www.sernam.cl/descargas/002/doc/Orientaciones Tecnicas Centros Mujer 2012.pdf](http://www.sernam.cl/descargas/002/doc/Orientaciones_Tecnicas_Centros_Mujer_2012.pdf)

Tosquelle, F. (2001). *Las enseñanzas de la locura* (J. M Marinas Herreros Trad.). Madrid, España: Editorial Alianza S.A (Trabajo original publicado en 1992)

Uribe T. (1999) *El autocuidado y su papel en la promoción de salud*. <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm#nota> [Consulta: 15 de marzo de 2014]

Vargas, F. (2010) *Autocuidado de equipos: Una aproximación de segundo orden*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos. Escuela de Postgrado Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Vega O.; González D. (2007) Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciencia y Cuidado*, Vol. 4 N° 4 pg: 28-35, Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia.