

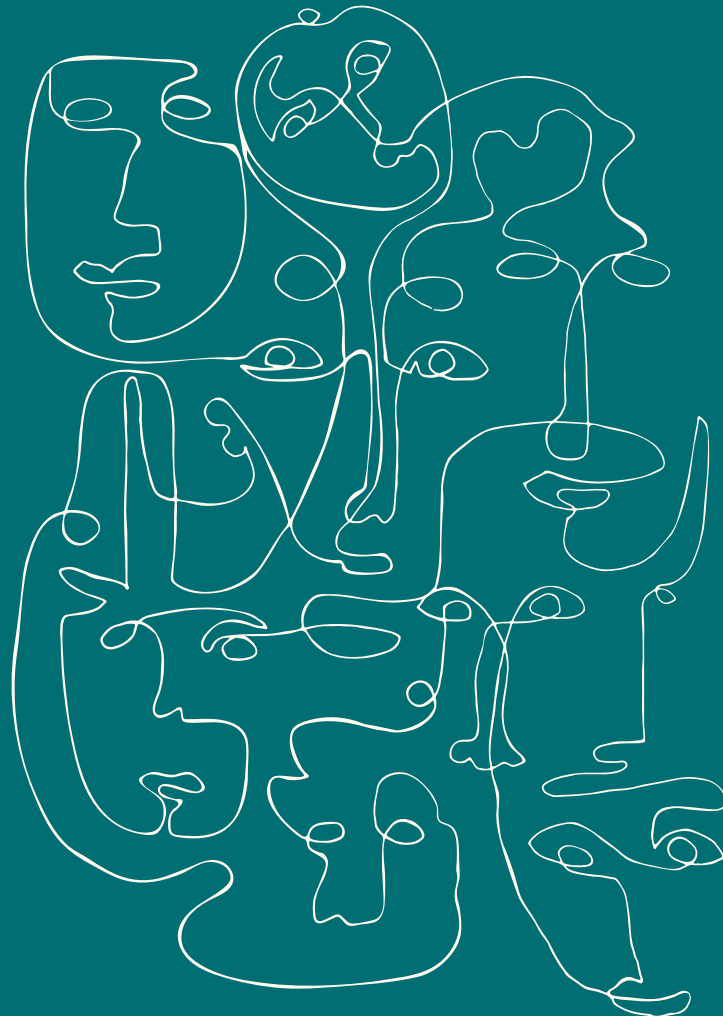


COLECTIVO
SALUD MENTAL



Invisibles y olvidadas:

riesgos y necesidades de salud mental
de las personas trabajadoras comunitarias
de organizaciones de sociedad civil
en la República Dominicana



Wendy Alba y Diny Luciano

Este informe fue elaborado por Wendy Alba, Directora ejecutiva del Colectivo Salud Mental (COSALUME) y Diny Luciano, Directora de Development Connections. Su edición estuvo a cargo de MariJo Vázquez y su diseño y diagramación fue realizado por Marcelino Guzmán Villagra, consultor de Development Connections.

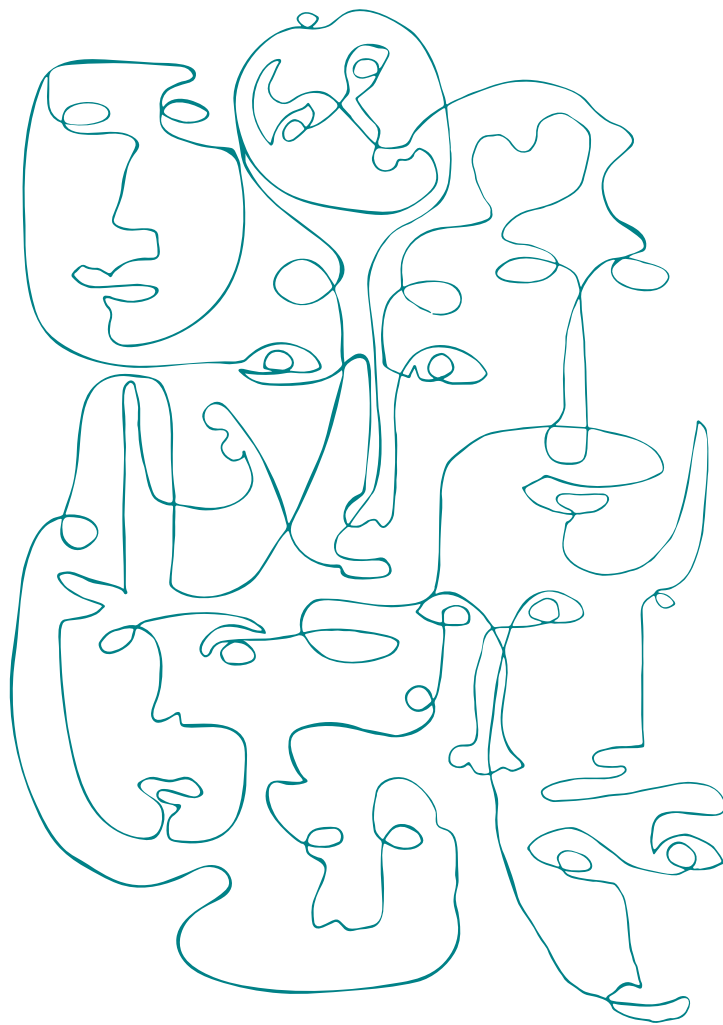
Realizado con el apoyo del Servicio Judío Americano Mundial (AJWS). Las opiniones expresadas en este informe son de las autoras y no necesariamente reflejan el punto de vista del COSALUME, de AJWS ni de las organizaciones participantes en el diagnóstico.

Forma recomendada de citar: Wendy Alba y Diny Luciano (2022). *Invisibles y olvidadas: riesgos y necesidades de salud mental de las personas trabajadoras comunitarias de organizaciones de sociedad civil en la República Dominicana*. Colectivo Salud Mental. Santo Domingo, República Dominicana.

Noviembre 2022

Invisibles y olvidadas:

riesgos y necesidades de salud mental
de las personas trabajadoras comunitarias
de organizaciones de sociedad civil
en la República Dominicana



Wendy Alba y Diny Luciano

Índice

1. Antecedentes, objetivos y metodología	7
1.1 Antecedentes	7
1.2 Objetivos	8
1.3 Etapas, población e instrumentos de recogida de datos	9
1.4 Consideraciones éticas	14
1.5 Limitaciones	15
2. Resultados de las encuestas de agotamiento laboral y autocuidado	17
2.1 Agotamiento laboral	17
2.1.1 Agotamiento emocional	17
2.1.2 Despersonalización	18
2.1.3 Realización personal en el trabajo	18
2.2. Autocuidado	18
3. Resultados de los grupos focales	21
3.1 Concepto de salud mental	21
3.2 Problemas de salud mental más frecuentes en el personal de las OSC y en sus comunidades	23
3.2.1 Salud mental y tipo de trabajo que realizan las OSC	24
3.2.2 Problemáticas de salud mental en las comunidades	30
3.3 Perspectivas sobre las poblaciones con mayores riesgos de salud mental	35
3.4 Prácticas tradicionales y comunitarias protectoras y promotoras de la salud mental	37
4. Necesidades y estrategias para abordar y promover la salud mental en las OSC y las comunidades	39
5. Conclusiones y recomendaciones	43

Lista de tablas

1. OSC y número de participantes según método de recogida de datos	11
2. Características generales de los participantes en los GF	11
3. Variables seleccionadas según tipo de método / instrumento de recogida de datos	13
4. Poblaciones con riesgo elevado de problemas de salud mental, según aspectos identitarios, de acuerdo a las perspectivas de los participantes de los GF	35
5. Actividades y prácticas tradicionales y comunitarias promotoras de la salud mental positiva, identificadas por los participantes de los GF	38
6. Necesidades organizacionales identificadas en los GF y encuentros de devolución	37
7. Necesidades comunitarias identificadas en los GF y encuentros de devolución	41

Abreviaturas y acrónimos

AJWS	· Servicio Judío Americano Mundial (por sus siglas en inglés)
CEDUCA	· Centro para la Educación y el Desarrollo
COIN	· Centro de Orientación e Investigación Integral
COLESDOM	· Comunidad de Lesbianas Inclusivas Dominicanas
CONAMUCA	· Confederación Nacional de Mujeres del Campo
COSALUME	· Colectivo Salud Mental
COTRAVETD	· Comunidad de Trans-Trasvesti Trabajadoras sexuales dominicanas
FUNDIPA	· Fundación Diostene Peguero y Amigos
GF	· Grupo focal
JMMT	· Junta de Mujeres Mamá Tingó
MMT	· Mujeres Sociopolíticas Mamá Tingó
MODEMU	· Movimiento de Mujeres Unidas
MOSCTHA	· Movimiento Sociocultural para los Trabajadores Haitianos
MUDHA	· Movimiento de Mujeres Dominico-Haitianas
NAM	· Núcleo de Apoyo a la Mujer
NNA	· Niñas, niños y adolescentes
OSC	· Organizaciones de la sociedad civil
OTRASEX	· Organización de Trabajadoras Sexuales
REDOJURD	· Red de Organizaciones Juveniles de la República Dominicana
VCM	· Violencia contra las mujeres

Reconocimientos:

El COSALUME agradece la confianza y el apoyo recibido para el desarrollo de este diagnóstico del AJWS en las personas de Raquel Casares y Emily Rugama, representantes de dicha institución en la República Dominicana. Por su apoyo, su tiempo, sus testimonios y activa participación, queremos expresar nuestro reconocimiento a todas las organizaciones socias de AJWS que participaron en el diagnóstico: Así Soy arte y cultura cimarrona, Núcleo de Apoyo a la Mujer (NAM), Centro para la Educación y el Desarrollo (CEDUCA), ANTICANON, Movimiento de Mujeres Unidas (MODEMU), Movimiento de Mujeres Dominico Haitianas (MUDHA), Junta de Mujeres Mamá Tingó (JMMT), Mujeres Sociopolíticas Mamá Tingó, La Ceiba, Comunidad de Lesbianas Inclusivas Dominicanas (COLESDOM) y Comunidad de Trans-Trasvesti Trabajadoras sexuales Dominicanas (COTRAVETD). Igualmente, agradecemos a las Instituciones aliadas que participaron en la consulta y que desarrollan acciones coordinadas con las organizaciones socias de AJWS: Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN), Confederación Nacional de Mujeres del Campo (CONAMUCA), Red de Organizaciones Juveniles de la República Dominicana (REDOJURD), Movimiento Sociocultural para los Trabajadores Haitianos (MOSCTHA), PROFAMILIA (Santiago), Junta de vecinos los voluntarios (Santiago), Coordinadora de Mujeres del Cibao, Fundación Mujeres Empoderadas abriendo caminos (Santiago), Fundación Mujer Iglesia, Organización de Trabajadoras Sexuales (OTRASEX); y la Fundación Diostene Peguero y Amigos (FUNDIPA).



1. Antecedentes, objetivos y metodología

1.1 Antecedentes

El rol de las personas trabajadoras comunitarias que laboran en organizaciones de la sociedad civil (OSC) ha sido considerado como un elemento clave para alcanzar varios de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluidos la cobertura universal de servicios de salud, la educación, el trabajo, la justicia, la atención y prevención de las violencias de género, la reducción de las desigualdades y la promoción de los derechos humanos.^{1,2} Entre las labores regulares de los trabajadores comunitarios se encuentran la educación comunitaria, la provisión de servicios, las referencias a programas especializados, la abogacía y movilización social, el seguimiento a las políticas públicas, el fortalecimiento de la identidad cultural, la respuesta a situaciones de emergencia y el trabajo con poblaciones vulnerables.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 8% de la tasa global de trastornos depresivos se relaciona actualmente con riesgos ocupacionales.³ Muchas personas trabajadoras en contextos humanitarios o alta vulnerabilidad social están expuestas a situaciones nocivas y a una amplia variedad de factores determinantes de estrés que afectan a su salud como resultado de la labor que desempeñan.⁴ La salud mental es un tema tabú, por lo que es poco frecuente hablar de la propia salud mental en el ámbito laboral y/o establecer los mecanismos idóneos para prevenir, abordar y tratar estos problemas y promover un entorno laboral saludable. Los problemas de salud mental entre el personal que trabaja con poblaciones en condiciones de vulnerabilidad pueden estar asociados a múltiples factores individuales, familiares, laborales, comunitarios y de la sociedad en su conjunto.

1 Julia Ravenscroft, Liliana Marcos. Civil society organisations and universal health care. The Lancet. Vol 380 September 8, 2012. <https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673612615062.pdf>

2 UN. Sustainable Development Goals. High Level Political Forum – Position Paper (2017) <https://sustainabledevelopment.un.org/index.php?page=view&type=30022&nr=702&menu=3170>

3 OMS. (2006). Prevención de Enfermedades A través de Entornos Saludables. Hacia una estimación de la tasa de enfermedades ambientales. Citado por: PMS (2009). Fundamentos de la OMS Para Entornos Laborales Saludables: Bases, Prácticas y Literatura de Apoyo. http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf

4 María T. Gutiérrez Alanís. Estrés en trabajadores contratados por una organización de la sociedad civil Internacional. Salud trab. (Maracay) 2019, Jul.-Dic., 27(2), 159-174

Aunque muchas OSC se han situado como actores clave en iniciativas orientadas al trabajo con y desde la visión y las prioridades de poblaciones y comunidades vulnerabilizadas, el bienestar integral de su personal asalariado y voluntario ha recibido limitada atención. Entre las condiciones de trabajo que afectan a su salud mental se incluyen: el trabajo físico y emocional intenso, el contacto constante con el sufrimiento humano y, en algunas ocasiones, la muerte, el mayor riesgo de exposición a enfermedades y violencia, horarios irregulares, control insuficiente del trabajo e inseguridad laboral.^{5, 6, 7} Varias investigaciones muestran que entre el 6 y el 26% de terapistas que trabajan con poblaciones traumatizadas y hasta un 50% de los que trabajan en programas de bienestar de niñas y niños están en alto riesgo de traumatización secundaria o de condiciones relacionadas con el estrés postraumático y la traumatización vicaria.⁸

Reconociendo la importancia de comprender los riesgos para la salud mental del personal asalariado y voluntario de las OSC y de identificar estrategias de promoción de su bienestar integral y el de las comunidades con las que trabajan, el COSALUME, con el apoyo del AJWS, desarrolló el Diagnóstico de necesidades de salud mental de OSC socias del AJWS, cuyos resultados se utilizarán para implementar estrategias institucionales y comunitarias a partir de las prioridades y los recursos específicos de cada OSC participante.

1.2 Objetivos

El propósito del Diagnóstico de necesidades en salud mental fue el de explorar las percepciones y experiencias del personal asalariado y voluntario de las OSC socias del AJWS y sus recomendaciones para el desarrollo de estrategias de intervención focalizadas en la promoción, prevención y atención a la salud mental en sus organizaciones y en las comunidades con y para las que trabajan.

Objetivos específicos:

- a. Identificar las condiciones de agotamiento profesional/laboral del personal de las OSC en las áreas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.
- b. Examinar las prácticas de cuidado físico, psicológico y emocional de las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo, así como el balance general del personal de las OSC.
- c. Analizar las experiencias, actitudes y conocimientos sobre la salud mental del personal de las OSC y de sus organizaciones locales aliadas.
- d. Identificar las necesidades y estrategias clave para promover la salud mental en las OSC seleccionadas y en las comunidades en las que trabajan.

5 CEPAL. Sociedad civil. <https://comunidades.cepal.org/desarrollosocial/es/grupos/sociedad-civil>

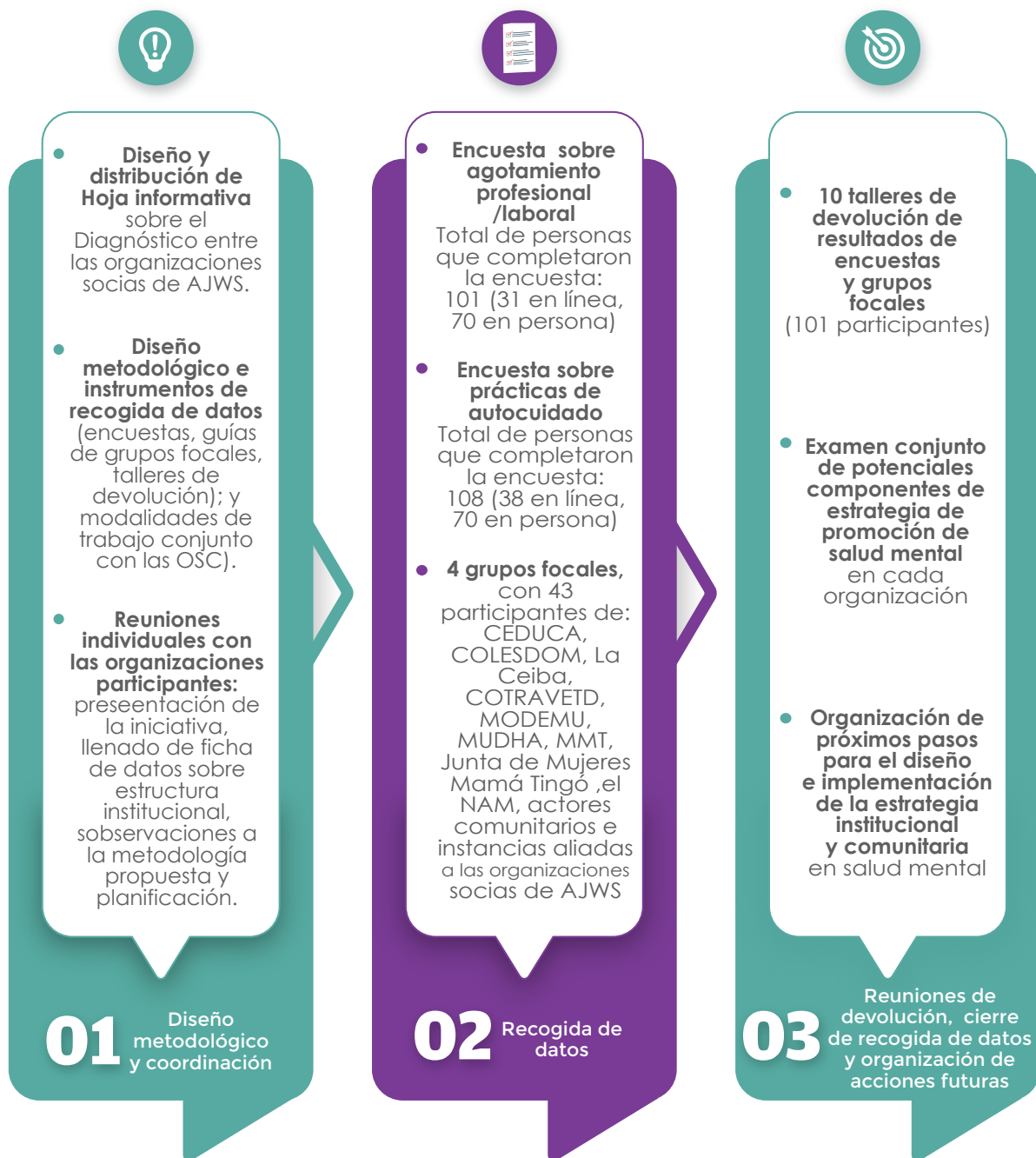
6 CDC. La salud mental de los trabajadores de la salud. June 14, 2022. <https://www.cdc.gov/niosh/newsroom/feature/lasaludmental.html>

7 OMS. La salud mental en el trabajo. Ginebra. 28 de septiembre de 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

8 Craig, C.D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 319-339. Citado por: The National Child Traumatic Stress Network (2011). Secondary Traumatic Stress. U.S. Department of Health and Human Services. <http://www.nctsn.org/resources/topics/secondary-traumatic-stress>

1.3 Etapas, población e instrumentos de recogida de datos

Etapas del diagnóstico. Se utilizó un enfoque metodológico de Investigación Acción – Participación con miras a promover la reflexión individual y colectiva, el intercambio de conocimientos desde diversos saberes para la acción y la creación de propuestas para reforzar las prácticas colectivas de autocuidado, así como la transformación de los riesgos para la salud mental del trabajo que realizan las OSC seleccionadas.^{9,10}



9 PROSOFI y Pontificia Universidad Javeriana (2020). Manual de diagnóstico participativo. Bogotá, Colombia. <https://www.javeriana.edu.co/recursosdb/664630/667520/Manualdiagnosticiparticipativo.pdf/bb29d00a-1b22-ef4c-e157-0c110c43cf3d?t=1622579508701>

10 Ministerio de Salud de Chile (2016). Diagnóstico participativo – Orientaciones técnicas. <https://redsdlu.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/08/Orientaciones-para-realizar-Diagnosticos-Participativos-Final-2.0.pdf>

Población, muestras y áreas geográficas

La población estuvo compuesta por personal asalariado y voluntario de las 11 OSC socias de AJWS seleccionadas, ubicadas en el Distrito Nacional, Santo Domingo Este, Norte, Haina y Santiago. El perfil de les participantes incluyó:

- *Personal de las organizaciones socias*, incluyendo recursos humanos del nivel administrativo y de manejo de proyectos, proveedoras de servicios, encargadas de educación comunitaria y de la coordinación interinstitucional, y personal a cargo de estrategias de activismo y movilización social. Para la selección de la muestra se tomó en cuenta la cantidad de personal total de las organizaciones incluyendo personal voluntario de las comunidades. Se seleccionó una muestra por conveniencia de 110 potenciales participantes, conjuntamente con la persona punto focal de cada institución asignada para trabajar con COSALUME en el desarrollo del Diagnóstico.
- *Actores comunitarios* que forman parte de los proyectos que desarrollan con el apoyo de AJWS. Para los grupos focales se seleccionó una muestra representativa de dichos actores tomando en cuenta su rol en la gestión del proyecto en cuestión hasta reunir un total de 31 personas de las siguientes organizaciones socias participantes: CEDUCA, COLESDOM, La Ceiba, COTRAVETD, MODEMU, MUDHA, MMT, Junta de Mujeres Mamá Tingó, el NAM (9 organizaciones de las 11 socias), que fueron agrupadas en función de la posibilidad de contar con una representación de todas las poblaciones con las que trabajan.
- Instancias aliadas a las organizaciones socias de AJWS que forman parte de comités municipales, OSC que realizan trabajos de coordinación, tomadores de decisiones locales y redes ubicadas en los municipios de las provincias seleccionadas. Se escogieron al menos dos representantes de cada instancia para participar en los grupos focales. Resultó seleccionado un total de 12 personas y 11 organizaciones aliadas para participar en los grupos focales y los encuentros de devolución sobre la base del vínculo de trabajo de las entidades y de las potenciales alianzas en la implementación de las estrategias institucionales de promoción de la salud: COIN, CONAMUCA, REDOJURD, MOSCTHA, PROFAMILIA (Santiago), Junta de vecinos los voluntarios (Santiago), Coordinadora de Mujeres del Cibao, Fundación Mujeres Empoderadas abriendo caminos – Santiago-, Fundación Mujer Iglesia, OTRASEX y FUNDIPA.

El número de participantes varió según el método de recogida de datos.

Tabla 1. OSC y número de participantes según método de recogida de datos

OSC socias participantes	Número de OSC y participantes, según método de recogida de datos		
	Método	N.º de OSC	N.º de participantes
1. ANTICANON (grupo de escritoras dominicanas)	a. Encuesta de agotamiento profesional	10	101
2. Así Soy, Arte y cultura cimarrona	b. Encuesta de autocuidado	10	108
3. CEDUCA	c. Grupos focales	4	43
4. COLESDOM	d. Encuentros de devolución y definición de componentes de estrategia institucional para la promoción de la salud mental	10	101
5. CCOTRAVETD			
6. Junta Mujeres Mamá Tingó			
7. La Ceiba			
8. MODEMU			
9. MUDHA			
10. Mujeres Sociopolíticas Mamá Tingó			
11. NAM			

La participación de las OSC e instancias aliadas fue voluntaria y se compartió información escrita sobre el Diagnóstico con todas las instituciones y personas seleccionadas. La tasa de respuesta se situó en torno al 90% en las encuestas, los grupos focales (GF) y los encuentros de validación.

Características generales de los participantes en los GF.

En las cuatro sesiones de grupos focales participaron 43 personas de 20 instituciones [9 organizaciones de las seleccionadas para el diagnóstico (CEDUCA, COLESDOM, La Ceiba, COTRAVETD, MODEMU, MUDHA, MMT, Junta de Mujeres Mamá Tingó y el NAM) y 11 instancias aliadas de dichas organizaciones].

Tabla 2. Características generales de los participantes en los GF

Características		#	%
Sexo	Mujer	38	88,4
	Hombre	5	11,6
Edad	15-24	4	9,3
	25-35	14	32,6
	36-45	12	28
	46-55	6	13,9
	56-65	4	9,3
	66 y más	3	7
	Área geográfica de residencia	Santo Domingo Norte	11
Haina		7	16,2
Distrito Nacional		7	16,2
San Cristóbal		1	2,3
Santo Domingo Este		4	9,3
Santiago		13	30,2

Alrededor de 9 de cada 10 se autodescriben como mujeres. Cuatro de cada 10 tienen entre 15 y 35 años, y la mitad entre 36 y 65 años. El 32% procede de Haina y Distrito Nacional, el 30% de Santiago y el 25.5% de Santo Domingo Norte.

Instrumentos de recogida de datos. Se combinaron métodos de recogida de información cuantitativa y cualitativa:

- a. Encuesta sobre agotamiento profesional/laboral
- b. Encuesta de autocuidado
- c. Grupos focales
- d. Encuentros de devolución y definición de componentes de estrategia institucional para la promoción de la salud mental.

Las dos encuestas fueron anónimas y fueron cumplimentadas por el personal de las 10 instituciones para evaluar internamente el nivel de desgaste laboral y las conductas individuales de autocuidado. Se utilizó una versión adaptada del Inventario de Agotamiento profesional (burnout) de Maslach que es el instrumento más utilizado a nivel mundial para medir este problema. Ha sido empleado y validado en varios países de América Latina incluyendo Colombia, Chile y Cuba, entre otros.^{11, 12, 13, 14} Este inventario incluye 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del personal en su trabajo y hacia las personas que atiende. La adaptación de esta encuesta incluyó la elección de las afirmaciones más relevantes para los objetivos del diagnóstico, así como ajustes menores al lenguaje para garantizar una mejor comprensión de los enunciados por parte de las personas participantes. Por su parte, la Encuesta de autocuidado fue adaptada de Saakvitne, Pearlman, & Staff of TSI/CAAP¹⁵, la cual incluye 53 aseveraciones para que las participantes ponderen las diferentes áreas en función de la frecuencia con que tienen las vivencias o sentimientos que se describen en los enunciados.

La evidencia muestra que la salud física y mental están conectadas, por lo que no solo es necesario conocer el nivel de agotamiento del personal de las instituciones sino las conductas protectoras (o su ausencia) en otros ámbitos de sus vidas. Por ejemplo, estar físicamente activa puede reducir la sensación de estrés y depresión y mejorar el estado de ánimo, mientras que no dormir lo suficiente puede generar sentimientos de irritación y enojo, y aumentar así la probabilidad de tener depresión. Asimismo, una nutrición adecuada ayuda a que las personas se sientan mejor emocional y físicamente, y a disminuir la ansiedad y el estrés.^{16, 17}

Variables

Las variables clave examinadas en los métodos de recogida de datos son complementarias entre sí y abordan, desde un enfoque ecológico, los problemas de salud mental y sus factores asociados, que están interconectados a distintos niveles: individual, familiar, institucional y comunitario.

11 Marcela Buzzetti Bravo (2005). Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del Colegio de Profesores a.g. de Chile. Universidad de Chile. http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/sources/buzzetti_m.pdf

12 Hederich-Martínez, C., & Caballero-Domínguez, C. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *Revista CES Psicología*, 9(1), 1-15

13 Arlene Oramas Viera et al (2007). El desgaste profesional: Evaluación y factorialización del MBI-GS. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana, Cuba. http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol8_1_07/rst06107.html

14 Rosales Ricardo, Yury; Cobos Valdes, Dailin. Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. *Med. segur. trab.*, Madrid, v. 57, n. 225, p. 313-318, dic. 2011. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000400005&lng=es&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000400005>.

15 Adaptado de: Saakvitne, Pearlman, & Staff of TSI/CAAP (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. Norton. <https://socialwork.buffalo.edu/content/dam/socialwork/home/self-care-kit/self-care-assessment.pdf>

16 U.S. Department of Health and Human Services. *Cómo mejorar la salud mental*. USA. Mayo 2020. <https://medlineplus.gov/spanish/howtoimprovementalhealth.html>

17 Oficina para la Salud de la Mujer en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. *Pasos para una buena salud mental*. Febrero 2021. <https://espanol.womenshealth.gov/mental-health/good-mental-health/steps-good-mental-health>

Esta información se utilizará como base para *priorizar las intervenciones en cada OSC y en las comunidades con las que trabajan.*

Tabla 3. Variables seleccionadas según tipo de método / instrumento de recogida de datos

Método / instrumento de recogida de datos	Variables seleccionadas
Encuesta sobre agotamiento profesional/laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento emocional • Despersonalización • Realización personal en el trabajo
Encuesta sobre prácticas de autocuidado	Prácticas individuales según tipo de autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> • Físico • Psicológico • Emocional • Relaciones interpersonales • En el lugar de trabajo/cuidado profesional • Balance general
Grupos focales	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de problemas de salud mental más frecuentes en las organizaciones, las comunidades y las poblaciones en y con las que trabajan. • Poblaciones más afectadas • Causas asociadas a los problemas de salud mental identificados • Mitos y creencias sobre la salud mental • Patrones de búsqueda de ayuda en torno a la salud mental • Disponibilidad de servicios • Prioridades de servicios de salud mental requeridos para las personas y las comunidades • Prácticas colectivas tradicionales de autocuidado y apoyo emocional • Actividades prioritarias a incorporar en las estrategias institucionales y comunitarias sobre salud mental
Encuentros de devolución y definición de componentes de estrategia institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Implicaciones institucionales de los resultados de las encuestas • Necesidades organizacionales para un abordaje integral y sostenible de la salud mental • Componentes clave de las estrategias institucionales de promoción de la salud mental

Análisis de los datos. Para el análisis de los datos de las encuestas se utilizaron la estadística descriptiva, las frecuencias simples y los porcentajes. La información de los grupos focales y los talleres de devolución se examinó mediante un análisis temático de datos cualitativos y por área temática del informe.

Encuentros de devolución y priorización de componentes de las estrategias institucionales

El proceso de devolución de resultados se realizó mediante reuniones individuales con cada organización participante, con un total de 101 personas de 10 OSC. En estos encuentros se analizaron tres temas:

- Resultados de las encuestas. Se examinaron conjuntamente los hallazgos de ambas encuestas y al final se mantuvo una discusión grupal sobre las impresiones del grupo. Solo en tres organizaciones se llevó a cabo este análisis ya que, en el momento de los encuentros, solo había respondido a la encuesta digital un porcentaje del personal inferior al 75%, por lo que estas fueron cumplimentadas manualmente y de manera presencial durante los encuentros de devolución. La proporción de las encuestas completadas en la plataforma digital fue del 31% en la encuesta sobre agotamiento profesional y del 35% en la de autocuidado.
- Identificación de problemas que causan estrés y agotamiento. Se analizaron los resultados relacionados con los principales problemas que afectan al personal de las instituciones, los factores asociados y las actividades propuestas para abordarlos en el ámbito institucional. Se exploró cómo influyen los problemas de desarrollo humano que abordan, el perfil de las poblaciones y comunidades en y con las que trabajan, y los determinantes sociales, culturales, económicos y políticos en los problemas y retos para su salud mental que enfrenta el personal.
- Recomendaciones para reducir el estrés y el agotamiento. Estas sugerencias fueron clasificadas en cuatro áreas: a) educación y sensibilización, b) prevención y promoción de un entorno laboral saludable, c) atención y recursos personales de salud, y d) políticas, normas institucionales y/o acciones de la gerencia.

1.4 Consideraciones éticas

En la aplicación de las encuestas de agotamiento profesional y autocuidado, los GF y los talleres de devolución se utilizaron medidas estándar de protección de la confidencialidad, la privacidad, la obtención del consentimiento informado y la seguridad de las personas participantes.

Consentimiento informado y derechos de les participantes. Se solicitó el consentimiento verbal y por escrito al inicio de los GF y se les informó sobre el propósito y la naturaleza del diagnóstico, así como de su derecho a detener su participación o abandonar el GF en cualquier momento.

Confidencialidad y privacidad. Se solicitó consentimiento para la grabación de audio e imágenes y la toma de fotografías, ya que el diagnóstico incluyó la elaboración de un video testimonial sobre los resultados del mismo. En los GF se pidió a les participantes no compartir información confidencial con personas fuera del grupo, así como respetar la privacidad de les otros. Los resultados de las encuestas se presentarán en medidas generales (porcentajes) y no se desagregarán por institución.

1.5 Limitaciones^{18, 19, 20}

- a. Las respuestas a las preguntas de las encuestas de agotamiento profesional / laboral y de autocuidado pueden estar sesgadas por las capacidades de introspección de las personas participantes y su memoria, lo que puede influir en la validez y fiabilidad de diversas medidas de autorreporte utilizadas en ambas encuestas.
- b. Aunque las muestras de las poblaciones que completaron las encuestas de agotamiento profesional / laboral y de autocuidado pueden ser representativas de las personas que trabajan en las OSC seleccionadas, el número de participantes es pequeño y se registran variaciones importantes en los resultados individuales de cada una de las OSC. En este sentido, los resultados agregados de las respuestas no pueden generalizarse a todas las OSC participantes.
- c. Las encuestas aplicadas en el ámbito de trabajo, ya sea asalariado o voluntario, pueden generar resultados sesgados, ya que las personas que las responden, aunque sea de forma anónima, pueden tender a brindar respuestas socialmente deseables o esperables, según la institución en la que trabajan.

18 Macarena del Valle y Eliana Zamora. El uso de las medidas de auto-informe: ventajas y limitaciones en la investigación en Psicología. *Alternativas en Psicología*. Número 47. Agosto 2021 – Enero 2022. Universidad Nacional de Mar del Plata – CONICET. <https://www.alternativas.me/attachments/article/264/El%20uso%20de%20las%20medidas%20de%20auto-informe.pdf>

19 León-Sanabria, Giovanni. (2007). Consistencia entre el reporte verbal y los efectos psicofisiológicos registrados en el tratamiento de una fobia específica empleando la técnica de la desensibilización sistemática (DS). *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 95-105. Retrieved October 15, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200010&lng=en&lng=es.

20 Daset, Lilian R.; Fernández-Pintos, María Eugenia; Costa-Ball, Daniel; López-Soler, Concepción; Vanderplasschen, Wouter. Desarrollo y validación del autoinforme de adolescentes: ADA Ciencias Psicológicas, vol. 9, núm. 1, mayo, 2015, pp. 85-104 Universidad Católica del Uruguay Dámaso Antonio Larrañaga, Montevideo, Uruguay



2. Resultados de las encuestas de agotamiento laboral y autocuidado

2.1 Agotamiento laboral

Esta encuesta fue completada por 101 personas de 10 de las 11 instituciones seleccionadas. El 80% se autodescribe como mujer, hombre (6%), lesbiana (5%), bisexual (3%), trans masculina (2%) y persona intersexual, hombre Intersexual y trans masculina bisexual (1%).

Edad. De las 70 personas que respondieron a esta pregunta, el 23% tiene entre 15 y 24 años de edad, el 21%, entre 25 y 34, el 24%, entre 35 y 44, el 19%, entre 45 y 54, el 8%, entre 55 y 64 y el 6%, entre 65 y 74.

Tiempo trabajando en la organización. De las 70 personas que respondieron a esta pregunta, el 37% de ellas están trabajando o colaborando en la institución, el 14% lleva menos de un año, el 37%, entre 1 y 3 años, el 11%, entre 4 y 6 años, el 11%, 7 y 10 años y el 28%, 10 años o más.

2.1.1 Agotamiento emocional

Esta subescala examina la vivencia de estar exhausta emocionalmente por las demandas del trabajo.

El 54% indicó que diariamente, algunas veces a la semana o algunas veces al mes se siente agotado cuando termina su jornada de trabajo o sus tareas.

El 81% reportó que nunca o solo algunas veces al año siente como si estuviera al límite de su tolerancia, y el 29%, que lo siente diariamente, algunas veces a la semana o algunas veces al mes.

El 53% indicó que nunca siente que trabajar en contacto directo con las personas a las que sirve o atiende le genere estrés, mientras que el 39% señaló que percibe este sentimiento diariamente, algunas veces a la semana o algunas veces al mes.

2.1.2 Despersonalización

Esta subescala pondera el grado en que cada persona reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

El 70% reportó que nunca o solo algunas veces al año siente que no está tratando a las personas que sirve o atiende de manera personalizada (atendiendo o respondiendo a sus necesidades específicas), el 30% señala que lo experimenta diariamente, algunas veces a la semana o algunas veces al mes.

El 83% indicó que nunca o solo algunas veces al año le preocupa que su trabajo o lo que hace en la organización le esté endureciendo emocionalmente, y el 17% vive este sentimiento diariamente, algunas veces a la semana o algunas veces al mes.

2.1.3 Realización personal en el trabajo

Esta subescala evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

El 85% señaló que diariamente, algunas veces a la semana o algunas veces al mes siente que puede entender fácilmente a las personas a las que sirve o atiende (usuarios de servicios, participantes en actividades).

El 89% señaló que diariamente, algunas veces a la semana o algunas veces al mes siente que está influyendo positivamente en las vidas de las personas a las que sirve o atiende a través de su trabajo o colaboración.

2.2 Encuesta de autocuidado

Esta encuesta fue completada por 108 personas de 10 de las 11 instituciones seleccionadas. De las 70 personas que respondieron a las preguntas de datos sociodemográficos, el 87% se autodescribe como mujer, hombre (5,7%), lesbiana (4,3%) y bisexual (2,9%).

Edad. El 20% tiene entre 15 y 24 años de edad, el 18,6%, entre 25 y 34, el 28,6%, entre 35 y 44, el 18,6%, entre 45 y 54, el 7,2%, entre 55 y 64 y el 7,2%, entre 65 y 74.

Tiempo trabajando en la organización. El 14% lleva menos de un año, el 33%, entre 1 y 3 años, el 4%, de 4 a 6 años, el 14%, entre 7 y 10 años y el 34% lleva 10 años o más.

Cuidado físico

El 31% señaló que frecuentemente se toma tiempo libre cuando esta enferme, el 29%, ocasionalmente y un 30% rara vez o nunca lo hace.

El 32% reportó que frecuentemente hace alguna actividad física divertida (bailar, nadar, caminar, correr, cantar u otra), el 30% afirma que nunca se le había ocurrido esto y el 23% rara vez o nunca lo hace.

El 36% indicó que frecuentemente duerme lo suficiente (de 7 a 8 horas), el 26% lo hace ocasionalmente y el 26% rara vez o nunca.

Cuidado psicológico

El 23% reportó que frecuentemente toma días libres (mini vacaciones), el 43% indicó que rara vez o nunca lo hace y el 25% lo hace ocasionalmente. El 9% indicó que nunca se le había ocurrido hacer esto.

El 40% señaló que rara vez o nunca toma tiempo diario para desconectarse del teléfono, email, internet y/o redes sociales, el 25% lo hace frecuentemente y el 23% ocasionalmente. El 12% reportó que nunca se le había ocurrido hacer esto.

El 34% señaló que ocasionalmente está atente a llevar a cabo acciones para minimizar el estrés, el 32% lo hace frecuentemente y el 24% rara vez o nunca lo hace. El 9% indicó que nunca se le había ocurrido hacer esto.

Cuidado de las relaciones interpersonales

El 47% señaló que rara vez o nunca deja que otras personas hagan cosas para ellos, el 24% respondió que ocasionalmente y el 23% lo hace frecuentemente.

El 33% indicó que frecuentemente toma tiempo para ver a sus amigos, el 33% dijo que nunca se le ha ocurrido esto, el 18% que lo hace frecuentemente y el 17% que rara vez o nunca lo hace.

Cuidado en el lugar de trabajo/cuidado profesional

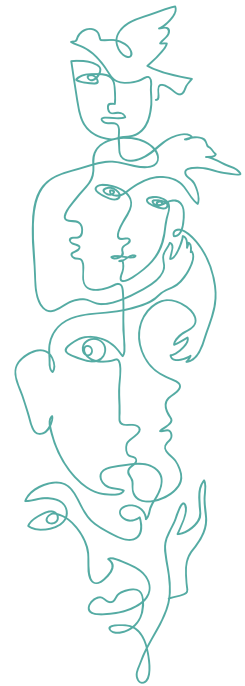
El 48% indicó que nunca se le ha ocurrido tomar descanso en su día de trabajo (por ejemplo, para almorzar, necesidades fisiológicas), el 24% lo hace frecuentemente y el 19% rara vez o nunca lo hace.

El 46% indicó que tiene un grupo de soporte en el trabajo (de apoyo, escucha), el 21% dijo que lo tiene ocasionalmente, el 19% que rara vez o nunca lo tiene y el 12% que nunca se le ha ocurrido esto.

Balance general

El 47% reportó que frecuentemente se esfuerza para tener un equilibrio en su vida laboral, el 22% ocasionalmente, el 19% rara vez o nunca lo hace y al 11% nunca se le ha ocurrido esto.

El 44% indicó que nunca se le ha ocurrido esforzarse por tener un equilibrio entre el trabajo, la familia, las relaciones sociales, el descanso y el disfrute, el 27% señaló que lo hace frecuentemente, el 15% que rara vez o nunca lo hace y el 13% que ocasionalmente.



3. Resultados de los grupos focales

3.1 Concepto de salud mental

Los conceptos asociados a la salud mental que tienen las personas que trabajan con poblaciones vulnerables son de utilidad, ya que se ha encontrado que las creencias afectan a sus actitudes y comportamientos hacia el problema, las personas afectadas y hacia sí mismas.²¹

La salud mental como sinónimo de locura y, esta asociación simbólica, como barrera de acceso al apoyo psicológico.

“„ *“Generalmente, en las comunidades y nosotros mismos, cuando se habla de salud mental pensamos en un loco, una gente que tiene problemas mentales.” (GF1)*

“La primera vez que escuché ‘salud mental’, de una vez pensé en rehabilitación psicológica. Todos tenemos ese chip que se nos desconecta o que se conecta.” (GF1)

“Pensar que se está ‘cuerdo’ es un elemento que muchas veces es un obstáculo para que las personas acudan a los servicios de salud mental. Creen que: ‘Yo no tengo que ir al servicio de psicología, si yo no estoy loco’.” (GF2)

La salud mental vinculada a condiciones o aspectos faltantes en las personas, tales como: limitado control mental y corporal, la falta de orden, el inadecuado funcionamiento psicológico, la desconexión con la realidad, y la falta de inteligencia emocional.

“„ *“Uno asocia la salud mental a la falta de bienestar, ya sea económico, psicológico y social.” (GF1)*

21 Diego, Soraya E. Castro-de, & Vicente-Colomina, Aida de. (2019). La atribución causal y las creencias sobre los trastornos mentales en población general y psicólogos. Un estudio exploratorio. *Clinica y Salud*, 30(2), 81-90. Epub 02 de noviembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a13>

“La salud mental es como cuando tengo mucho estrés y tengo muchos problemas, cosas que no puedo controlar y que necesito ayuda. Por ejemplo, en la pandemia casi todos estábamos sufriendo de problemas de salud mental debido al encierro.” (GF2)

“Hay un descontrol en el cuerpo, en la mente, en la vida de uno, hay algo que es un estrés que no deja a la persona aceptar las cosas o estar tranquilo.” (GF4)

La salud mental como bienestar relacionado con los aspectos individuales, los factores contextuales y con la salud física.

“Yo asocio la salud mental con el bienestar físico y social, más a lo positivo. Ese ‘bien – estar’ conmigo y con los demás.” (GF1)

“Es la capacidad de manejar las situaciones difíciles, sean éstas económicas y/o sociales.” (GF1)

“La salud mental es el equilibrio, es como tú te sientes y vendría de la mano de la salud del cuerpo. Tú vas al doctor si tienes gripe, si te sientes mal, y lo mismo pasa con la salud mental, tenemos un momento en el cual la mente no está tranquila. O sea, tengo tal situación y debo buscarle una solución. Por eso digo que es el equilibrio, cuando la mente y el cuerpo están en la misma sintonía.” (GF2)

“Cuando hablamos de salud mental pienso mucho en la palabra vergüenza, en tratar de silenciar el asunto (la salud mental). Porque si uno mentalmente no está en paz, no está tranquilo, no está en armonía, uno se enferma: te sale un rash (erupción cutánea), un dolor de estómago, un dolor de cabeza. El entorno influye también, ya que a veces hay personas alrededor que absorben la energía que uno tiene.” (GF1)

A pesar de considerar algunos factores individuales, casi la totalidad de los participantes vincularon la salud mental con los determinantes sociales de la salud mental.

“El contexto tiene que ver, incluso la situación política. Si tengo dinero, si no tengo dinero, si comí, si no comí, si me siento físicamente atractiva o no, el cómo me ven las personas, si tengo apoyo o no. Todo eso es parte de esa burbuja de estar bien.” (GF1)

“La salud mental es un conjunto de muchas cosas, salud física, económica-financiera, laboral, amorosa. No es solamente uno estar cuerdo, sino un conjunto de cosas que tienen que estar bien para tu tener una buena salud mental.” (GF2)

Examinaron las formas en que situaciones que afectan negativamente a la salud mental se expresan en signos, síntomas o malestares corporales. Les participantes indicaron que su estado emocional se manifiesta en distintas partes del cuerpo, algunas veces en una específicamente o en varias al mismo tiempo.

“” *“Siempre que hay alguna una situación que me supera, es en el estómago que se refleja. De una vez me da una diarrea o me da un dolor de estómago.” (GF1)*

“En el estómago. Cuando no me siento emocionalmente bien, como que siento una angustia, algo hueco podría decirlo así. Por lo general, cuando he tenido mucho estrés siento que no puedo comer o quiero comer más.” (GF4)

“En mi corazón, porque me da una taquicardia cuando me siento muy mal.” (GF2)

“En mi garganta. Cuando tengo algún problema tiendo a trancarme cuando quiero decirlo, buscar soluciones o decir quiero hacer esto porque me pasó esto, me tranco totalmente. No me salen las palabras y tengo que respirar, beber agua, relajarme.” (GF1)

“Yo digo que el cuerpo entero, porque tiene que ver como tú te manejas en el aspecto de salud; eso abarca todo. La mente es muy poderosa, es como un chip, lo que tú piensas, lo que tú dices y ella se lo cree.” (GF3)

¿Dónde llevo la salud mental?

“En la práctica, yo la llevo en la cabeza porque, aunque la salud mental se asocia o podría asociarse con lo positivo que debería ser el ‘bien-estar’, deberíamos sentirnos cómodas con nosotras, cómodas con el ambiente que nos rodea. También es cierto que nosotres como trabajadoras sociales, como personas que trabajamos en organizaciones sociales no cuidamos esa parte del bienestar, nos sobrecargamos de trabajo, estamos laborando en varios lugares, tenemos toda la carga del ambiente familiar, no nos tomamos un tiempo de respiro. Entonces, aunque debería ser el ‘bien-estar’, éste que se traduce en bienestar físico, mental, económico, la realidad es que, para que nosotres lleguemos a ese bienestar, nuestro cuerpo sufre. Por eso llevo un peso a la espalda, esa espalda que está levantada desde temprano, que no tiene descanso los fines de semana y que está moviéndose de arriba para abajo, que parece una chichigua (cometa).” (GF1)

3.2 Problemas de salud mental más frecuentes en el personal de las OSC y en sus comunidades

Para el análisis de este tema cada grupo identificó los problemas de salud mental más comunes utilizando tarjetas que contenían problemáticas o síntomas que les participantes organizaron por orden de importancia en cada ámbito (comunidad y entorno laboral). El grupo tenía la opción de integrar nuevas problemáticas o síntomas y descartar las tarjetas que se les habían entregado, en caso de no considerarlas pertinentes. Los problemas de salud incluidos en tarjetas fueron:

- Bajo nivel de motivación, sobrecarga laboral, desgaste laboral o social.
- Cansancio/agotamiento, sentimientos de desesperanza, falta de energía, frustración, baja tolerancia, sentimientos de culpa.

- Trastornos alimenticios, falta de sueño, ansiedad, depresión, estrés, autolesión/suicidio, consumo de sustancias.
- Problemas de conducta de niñas, niños y adolescentes (NNA), demencia, violencia contra las mujeres (VCM)

3.2.1 Salud mental y tipo de trabajo que realizan las OSC

El personal de las OSC puede estar expuesto a sufrir problemas de salud mental a consecuencia de su trabajo, tanto por la naturaleza misma de su ocupación, como por las limitaciones de estas organizaciones para proporcionar respuestas integrales a las múltiples necesidades de las poblaciones y comunidades con las que trabajan. El estrés, la ansiedad y la depresión tienen un efecto negativo sobre la calidad de vida y la capacidad funcional en el trabajo. Además, la salud mental del personal puede afectar a la percepción de las características del trabajo.²² La salud mental del personal puede verse afectada en contextos de emergencia: por ejemplo, el estudio sobre COVID-19 y trabajadores de la salud desarrollado por la OPS/OMS en 11 países de América Latina y el Caribe muestra que entre el 14,7% y el 22% del personal de salud presentó síntomas que permiten sospechar un episodio depresivo y la proporción de participantes en riesgo de sufrir un episodio depresivo grave varió entre un 3% en la República Bolivariana de Venezuela y un 15% en Chile. Igualmente, entre el 5% y el 15% del personal de salud afirmó presentar ideación suicida. Recibieron atención psicológica menos de un tercio de quienes dijeron necesitarla (entre el 11% y el 25%).²³

En el presente diagnóstico se solicitó a los participantes de los GF que compartieran sus ideas y perspectivas sobre situaciones o problemas de salud mental que se han presentado en el personal asalariado y/o voluntario de sus organizaciones y que los organizaran en las tarjetas por orden de importancia, según sus perspectivas. Sin embargo, algunos los ordenaron jerárquicamente y de manera más circular ya que consideraron que todos están interconectados. A pesar de que los entornos laboral y social presentan grandes desafíos en relación al manejo del estrés, los estados de ánimo y la gestión de emociones, estos temas no necesariamente son abordados por el personal asalariado o voluntario. En las sesiones de los GF, los participantes identificaron que no hay una clara consciencia de la necesidad de atender a estos problemas y algunos mencionaron la concurrencia de situaciones particulares de cada persona (vida privada, retos personales) y la carga de las problemáticas comunitarias y sociales que, a su vez, se acumulan cotidianamente y tienen efectos a largo plazo.

La falta de energía, la poca motivación y la sobrecarga fueron los aspectos mencionados con mayor frecuencia, incluyendo la depresión como resultado del cúmulo problemáticas sociales que manejan y la impotencia ante las mismas. Algunos participantes expresaron que la depresión muchas veces no es bien identificada en las personas colaboradoras, mientras que otros expresan que es muy visible, pero que no se aborda.

La incertidumbre en torno a los proyectos, las limitadas condiciones para cumplir con los compromisos y los sentimientos de culpa asociados a la idea de que “hay que darlo todo” en el trabajo para poder lograr los objetivos planteados

22 Mingote Adán, José Carlos, Pino Cuadrado, Pablo del, Sánchez Alaejos, Raquel, Gálvez Herrer, Macarena, & Gutiérrez García, M^a Dolores. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 188-205. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500012>

23 OPS/OMS (2022). The COVID-19 Health Workers Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHC0VID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

se relacionan con el nivel de estrés, la ansiedad y los sentimientos de culpa que experimenta el personal de las OSC.

“„ *“El trabajo comunitario que estamos haciendo, ver la realidad que están viviendo las niñas y que vivimos nosotras las mujeres, eso nos da estrés. Aunque no queramos saberlo, eso genera enfermedades. Todo esto es parte de nuestro diario vivir. ¿Quién se acuerda de las organizaciones para que esto pueda dejar de estar? Es una de las iniciativas que tenemos ahora, que es el autocuidado, y se ha ido un poquito encaminando, pero sabemos que falta mucho.” (GF4)*

“Vivimos con muchísima ansiedad, la veo en mi organización y con las personas que trabajo. No sé si es que se convierte la frustración y la falta de energía en ansiedad. Y además, uno tiene pocas condiciones para cumplir con su compromisos; por ejemplo, no tener mucho dinero nos genera un sentimiento de que está en juego nuestro trabajo; eso nos rebasa.” (GF4)

“Sentimos mucha culpa, porque nos sentimos que lo dimos todo. Es un sentimiento marcado por todas y todos que en ocasiones puede surgir porque de manera inconsciente creemos que toda la solución de la realidad de las niñas y las mujeres está en nuestras manos. En ocasiones, la culpa la vemos en el trabajo que no se pudo realizar como queríamos, en que no se alcanzó el impacto para favorecer a mil cincuenta mujeres y nada más llegamos a cinco. Sentimos que no dimos el todo por el todo.” (GF4)

Las carencias y retos estructurales en las comunidades y poblaciones vulnerables, así como la transferencia de desgaste de estas limitaciones sociales al personal de las instituciones, constituyen una fuente permanente de desgaste emocional.

“„ *“La falta de energía, producto de las dificultades de la comunidad que se transfieren también a la mía, debido a la falta de oportunidades y a vivir una realidad con carencias: por ejemplo, no tener fuentes de empleo, escuelas, centros de recreación y tener que desplazarse las mujeres de las comunidades a otro sitio a vivir prácticamente una vida de amargura porque la vida te encarriló en un camino que no era lo que tu querías.” (GF4)*

“En el tema que yo trabajo, que es documentación, yo vivo tres elementos que ponemos aquí: a) muy deprimida por lo que pasan los jóvenes, b) muy frustrada como profesional, y c) el estrés porque siempre tenemos gente que nos lleva cantidad de cosas (problemas).” (GF1)

“Estamos trabajando en la organización varias líneas de acción haciendo ‘circo, maroma y teatro’ con el objetivo de que las muchachas vivan mejor y hacemos todas las cosas que se nos ocurren que es posible hacer para generar un cambio. Pero cuando una chica llega embarazada, te dan ganas de ponerte a llorar. Y es que es una pendejada pensar que una organización civil sola va acabar con la violencia estructural que una muchacha enfrenta, pero la sensación es que ‘no estoy haciendo lo suficiente’, y es que estamos enfrentando problemas sociales muy duros y ni toda nuestra buena voluntad ni nuestra preparación técnica puede contra el mundo en el que vivimos.” (GF4)

Los efectos negativos del desgaste laboral trascienden el ámbito laboral, impactando la vida familiar y relaciones en el hogar.

“” *“Vivimos la desesperanza porque llega un momento que no sabemos cómo reaccionar y sobre todo el equipo técnico. Eso desgasta mucho y afecta no solo en el trabajo sino en nuestras familias; uno tolera menos en la casa porque uno llega cargada de mucha energía. No sé si negativa o qué, pero uno llega a la casa y tolera menos a los niños, a la pareja y uno quisiera que se desaparezcán. Eso te agota, te cansa.” (GF2)*

La falta de comunicación del estado emocional con compañeros de trabajo y las limitadas estrategias de autocuidado, incluyendo una alimentación apropiada, fueron consideradas como una situación común.

“” *“En las organizaciones no siempre uno ve o expresa la depresión. Tú tienes depresión, pero yo no lo sé.” (GF1)*

“También veo con mucha preocupación trastornos de alimentación, o sea, la forma en que estamos comiendo y lo que estamos comiendo: la gente come muchísimo con atracones o pasa muy largas horas sin comer. Las que están en la oficina pueden pasar el día entero sin comer y las que van a las actividades, que uno compra comida para veinticinco personas para un taller de quince y la comida no alcanza. Y te preguntas: ¿Cómo no ha alcanzado la comida si compramos para más?” (GF4)

Algunes participantes expresaron que, debido a la pandemia por COVID-19, los problemas de salud mental han afectado a la toma de decisiones debido a los altos niveles de estrés, la falta de personal y el cúmulo de responsabilidades incluyendo la incertidumbre que aporta la falta de recursos, sobre todo si tenemos en cuenta que las comunidades tienen expectativas de que las organizaciones sociales están para apoyar incondicionalmente. Al personal asalariado y voluntario le genera malestar verse imposibilitado de satisfacer estos anhelos. Dado el desequilibrio entre las aspiraciones y las necesidades de las comunidades y poblaciones y las limitadas capacidades organizacionales para responder a estas, los sentimientos de angustia, agotamiento, depresión, culpa y desesperanza han empeorado en el marco de la pandemia por COVID-19.

La limitada capacidad para dar una respuesta a medida de las diversas y profundas necesidades de las personas de las comunidades se considera un factor de riesgo para la mala salud mental.

“” *“En una organización, el tema más grande es el poder tomar decisiones como líderes o como simplemente participante. Esto muchas veces se ve afectado por problemas que desbordan la organización, no podemos estar tranquilos y mantener la calma.” (GF2)*

“El estrés. En la organización a veces uno se carga de muchas responsabilidades. Sabemos que trabajar en esto es cargar con muchas cosas, lo de uno, lo de la organización, lo de afuera, lo que viene. Es estresante no poder cumplir con todo eso teniendo solo dos manos y necesitas cien.” (GF2)

“En las organizaciones después de la pandemia recibimos mucha demanda de las mujeres que no podían seguir trabajando, que tenían alguna necesidad económica. Todo llega a la oficina y entonces tú dices bueno y ¿cómo puedo? Eso te carga, porque a veces los problemas no tienen solución o no sabes cómo dar respuesta a muchas cosas.” (GF2)

“La carga emocional laboral se ha agravado durante la pandemia por la parte económica porque para nosotros lograr las metas tenemos que tener muchos más recursos económicos para poder alcanzar a las personas. Todo eso de alguna manera te carga, te quita energía y te fatiga.” (GF2)

Consideraron que la pandemia por COVID-19 desencadenó muchos de los problemas emocionales de las poblaciones y del personal asalariado y voluntario de las OSC. El aumento de estos problemas lo asociaron con la reducción de personal, las presiones económicas en los hogares y el trabajo desde la casa.

“” *“El COVID fue un detonador, muchas de estas cosas estaban presentes, pero esto se agudizó por el encierro. Al no tener dinero, las personas se desesperan y reaccionan de diferentes maneras; el detonante fue el COVID.” (GF3)*

“Estas problemáticas siempre han existido, siempre han estado ahí (problemas de salud mental). A raíz del COVID como detonante, se han agudizado. Por ejemplo, en nuestra organización ha habido una disminución del personal. Eso carga al personal, le genera la falta de sueño y el estrés aumenta, porque se incrementan los niveles de responsabilidades. Por ejemplo, antes de la pandemia, para venir a una actividad como esta tú contabas con cinco personas (personal de la organización), ahora tú solo tienes dos.” (GF2)

“El desgaste laboral es la raíz. Viéndolo desde el enfoque del entorno laboral y lo que causó la pandemia. Llegamos a los trabajos desgastados, estando en la casa nos desgastamos más. Parecía que estábamos muy bien de vacaciones, pero no fue así.” (GF3)

La falta de sueño y la ausencia de límites en los horarios de trabajo fueron identificadas como las problemáticas que se han hecho más profundas durante y después de la pandemia por COVID-19 y que se amplían con la sobrecarga emocional debido a los problemas sociales de los grupos de población con y para los que trabajan.

“” *“He visto gente mandando mensajes por correo electrónico a las 2:00 a.m. Eso no es normal, que compañeras estén mandando proyectos a las 2 y 1 de la mañana; ahí debe haber algo.” (GF1)*

“Yo he visto gente recibiendo llamadas a las doce de la noche por WhatsApp, y eso no está bien porque al final tú no duermes, porque estas preocupada. Pero también estás en la comunidad y los jóvenes, por ejemplo, te empiezan a contar que no tienen trabajo, que en la comunidad no hay nada, que no hay cuartos (dinero), que se están volviendo locos, que se sienten frustrados, eso le quita el sueño a uno.” (GF1)

“Después de la pandemia por COVID-19 se cogieron con el Zoom y le tenían la vida fastidiada a uno con reuniones en Zoom a las nueve de la mañana, a las doce, a la una, a las once y a las doce de la noche; todo era una bendita llamada por Zoom. Entonces, cuando tú no tienes una reunión presencial se inventan una reunión por Zoom y eso es un problema. Yo veo el zoom y me da dolor de cabeza.” (GF1)

“Llegan todos los días diciendo: ‘yo no pude dormir anoche, no sé qué me pasa, tengo la cabeza así (grande), no estoy durmiendo, me levanto en la madrugada y no vuelvo a dormir’. Igual a mí me pasa, yo paso la noche dando vueltas en la cama y solamente pensando en trabaj. Me paso la noche haciendo una lista en mi mente: mañana tengo que hacer esto, tengo que hacer esto. Y esto influye en la falta de energía. Durante los fines de semana estoy en mi casa y no quiero pararme de la cama.” (GF2)

En el entorno laboral fueron identificadas determinadas problemáticas que tienen efecto en la salud mental y el bienestar integral del personal asalariado y voluntario, como las modalidades de liderazgo y gestión de algunas organizaciones. También mencionaron aspectos como el adultocentrismo y el machismo, los cuales afectan la vida de las personas, especialmente aquellas que trabajan en y con las comunidades.

“„ El problema del machismo lo vemos en tantas cosas, como el adultocentrismo. Muchas de nosotras que trabajamos en organizaciones tenemos una coordinadora o una directora vitalicia, y no importa lo que hagamos, no importa los títulos que tengamos, nada de eso importa, no vamos a avanzar, entonces uno se pregunta: ¿Qué yo busco aquí? Hay mucha frustración y culpa. La sobrecarga es un asunto de que tú supuestamente tienes una función, pero al final somos multitask, estamos en todo, somos los ‘utilities’ muchas veces, entonces uno se cuestiona ¿Qué es lo que pasa?” (GF1)

“Nos indignamos porque trabajamos en ONG, laboramos en instituciones que se supone deberían velar, entre comillas, por todo eso. Muchas veces tú estás en la comunidad brindando salud y en realidad brindas hipocresía, porque hacia adentro, cuando revisamos, yo me estoy volviendo loca. Yo salgo de la comunidad y tengo que llegar a la oficina a hacer 700 cosas y todavía salgo de la oficina y hay reuniones por Zoom. Y cuidado cuando nos vamos a lo económico, cualquiera piensa que, como yo trabajo así, con esa sobrecarga, yo me estoy echando todos los cuartos (dinero) del mundo en los bolsillos... pero no es así.” (GF1)

Algunes participantes cuestionaron el tratamiento del consumo de sustancias en varios sentidos, primero por ser un tema “político” para algunas de las organizaciones y, por otro lado, el abordaje del tema desde la prevención o el uso recreativo. Igualmente, debatieron si la justificación del consumo para fines recreativos puede implicar el riesgo de dejar sin atención a las personas que tienen problemas de adicción, así como el abuso de sustancias, entendida como una problemática social, y cuál debería ser el enfoque y el abordaje que deben darle las OSC como tema emergente.

Algunes participantes perciben el consumo de alcohol como inofensivo y un medio para olvidar los problemas que generan ansiedad y cansancio. Asimismo, asociaron el consumo de alcohol y otras sustancias en las comunidades con la pandemia por COVID-19 y analizaron el estigma social vinculado al uso de drogas ilícitas.

“” *“El consumo de alcohol no siempre es un problema. En nuestra organización tomarse una cerveza los viernes o los sábados es un asunto político y de salud mental.” (GF1)*

“Es para olvidarse de todo eso que te abrumba. Antes del COVID-19 yo lo hacía, terminaba la semana explotada. No me gané ni uno (dinero), lo que tengo me lo voy a beber para completar e irme conforme.” (GF1)

“El aumento del consumo de alcohol y de otras sustancias se debe porque no había más nada que hacer que fumar y beber. Entonces se generó un círculo vicioso: muy pocos recursos económicos para dar respuestas a todas las necesidades, incluso las necesidades básicas como la alimentación. Y sobre todo, el estigma, la discriminación y la violencia como un hilo transversal, ya que siempre había algo que te violentaba cualquier instancia, en cualquier momento, tanto en la casa como en la oficina.” (GF2)

“El consumo de sustancias está superestigmatizado. Una persona, porque huele o porque fuma, se considera que ya es un paria y. si ya no da ninguna aportación al mundo, ‘lo que hay que hacer es abortarlo nacido’. En algunos procesos que hemos estado llevando recientemente nos hemos cuestionado como organización sobre la posición que tenemos acerca de las personas usuarias de drogas que no sea una posición de salvarles y de quitarles la droga. Porque... ¿Y si la gente se quiere drogar? También es un derecho, o sea, a mí me puede parecer moralmente malo, pero igual es una persona que está incluso buscando la justicia social. Creo que los usuarios de drogas están muy estigmatizados.” (GF4)

El consumo de medicamentos en general, incluidos los psicotrópicos, fue considerado como un fenómeno común en las comunidades e incluso en el personal de las organizaciones.

“” *“Nuestra población toma muchos medicamentos sin ir al médico. Piden lo que sea para dormir y toman medicamentos sin saber si su cuerpo está preparado para tomarlos o cómo tomarlos.” (GF4)*

“El consumo de medicamentos paliativos emocionales o fumar. Por ejemplo, nosotros tenemos un botiquín en la oficina y la cantidad de Omeprazol que se toma es absurda para tratar problemas del estómago y a veces les digo: pues ve al doctor, busca de Dios, ¡haz algo!, ¡no puedes tomar medicamentos así! Porque que te duela tanto el estómago es un síntoma de algo y no estás escuchando lo que el cuerpo te está diciendo.” (GF4)

La necesidad de identificar apoyo a las organizaciones fue mencionada como un aspecto crítico ya que no todas las organizaciones cuentan con servicio de apoyo emocional para las poblaciones con las que trabajan ni para su personal asalariado o voluntario.

“Yo creo que lo más importante es organizar para que tengamos el acceso a la salud mental de una manera fácil. Porque no se da abasto con la cantidad de situaciones que tienen y que tenemos que enfrentar en todas las organizaciones. Una vez al mes o una vez a la semana puede haber personas que apoyen en el tema de la salud mental, porque son personas que están trabajando con la población, que son los directivos de la población. ¿Cómo van a poder enfrentar las situaciones si no tienen ni manejo de sí mismos?” (GF2)

“En el caso de la comunidad LGTBIQ hay poco acceso a los servicios de salud mental o simplemente los servicios de salud para algunas cosas específicas. No hay atención integral como lo necesita cada ser humano.” (GF2)

3.2.2 Problemáticas de salud mental en las comunidades

La falta de motivación de las personas de las comunidades para participar en actividades colectivas y sobre los temas que abordan las OSC constituye una preocupación importante para las organizaciones ya que esto tiene un impacto en las acciones y los resultados de los proyectos y estrategias locales e institucionales. Los participantes de los GF indicaron que la baja motivación hacia la participación local se ha profundizado tras la pandemia por COVID-19. Consideran que la falta de estímulo hacia la cooperación social y comunitaria está asociada a los problemas estructurales que enfrentan las poblaciones, la falta de trabajo remunerado, limitados espacios recreativos y las limitaciones de organizaciones o grupos para dar respuesta a las múltiples y concurrentes necesidades de orientación y apoyo en las comunidades y a los temas emergentes producto de la pandemia.

Vinculan la reducida motivación para participar con la pobreza económica y contextual, así como con la pérdida de esperanza de cambio debido a las promesas incumplidas por parte de políticos e instituciones.

“En el momento que estamos viviendo ahora en las comunidades, casi todo el mundo está bajo un nivel de depresión. La razón es que no tienen dinero y no consiguen trabajo. Si hubiera más empleos, sitios donde las mujeres se puedan insertar o lugares recreativos esto favorecería la vida de las personas, pero somos nosotros como organizaciones las que llevamos ‘algo’ a la comunidad.” (GF1)

“En la comunidad veo una dejadez que no entiendo. Las personas de la comunidad están cansadas, pero al mismo tiempo, no encuentran una salida al cansancio, al agotamiento. Tienen que seguir trabajando porque necesitan recursos, pero también los desespera o nos desespera.” (GF4)

“La gente está ansiosa, tiene muchas deudas, necesidades, situaciones económicas. Con la pandemia, la gente se comió lo que tenía guardado, entonces si tenías un ahorrito tuviste que comértelo ahí encerrado; más ansiedad todavía. En la experiencia de nuestra organización ha venido mucha gente con trastorno de ansiedad y depresión después de la pandemia: los casos han aumentado.” (GF3)

“Tú ves a la gente que va a las actividades muy triste y tú la ves callada, pero no es callada, es que ella está deprimida por su situación. También están desmotivadas por la cantidad de veces que han ido políticos y otras organizaciones que les han vendido un sueño y al final no hacen nada. Entonces esas dos figuras bailan juntas ese Son. Cuando tú ves a la gente, tu entiendes que hay una miseria; pero no es miseria, es la tristeza de la gente al ver que su situación no cambia.” (GF1)

Indican que la ansiedad, la depresión, los problemas conductuales son comunes en la población de adolescentes y jóvenes.

“„ La ansiedad en mi comunidad se observa mayormente en los jóvenes y las adolescentes. Parece que la situación que se está viviendo ahora les da como mucha ansiedad, los veo como yendo para un lado y para el otro, en los motores 24/7. Se sienten ansiosas, comiendo desesperadamente donde quiera que hay un puesto de fritura, siempre están en los grupos buscando ese apoyo. Un ejemplo, si hay un grupo jugando dominó o jugando cartas, ellos siempre están como en esos grupos mezclados, o sea que no buscan sus propios iguales.” (GF4)

“La falta de oportunidades nos genera sentimientos de desesperanzas, creemos que ya la cosa no tiene solución. La poca motivación también genera, y está generando en jóvenes y adolescentes, muchos problemas de conducta.” (GF3)

La falta de motivación, a la par que otros sentimientos y emociones como la culpa o la ansiedad, aunados a los cambios en el entorno social han impactado en la manera en que las personas de las comunidades se relacionan (falta empatía y solidaridad). Consideran que estos problemas de relaciones interpersonales y sus factores asociados se han acentuado por la crisis durante y después de la pandemia por COVID-19.

“„ En el contexto pospandémico en que estamos trabajamos con niños, niñas y jóvenes, lo que vemos es la cantidad de estrés, la ansiedad, el aumento de peso por el mismo estrés y el cansancio que ha generado todo esto de las clases en línea. También, como trabajamos con mujeres vemos todo lo que la falta de empleo ha generado, y que la depresión es fruto del conjunto de todo esto que están llevando y sabemos que hay mucho estrés, mucha ansiedad.” (GF1)

“También está el desgaste laboral. Todos los que trabajamos pasamos a tener trabajo presencial, y la carga aumentó. Eso fue un detonante para la frustración, para la depresión y para la violencia.” (GF3)

“Antes, las personas éramos más solidarias con los problemas de la comunidad; si se moría alguien la gente no tenía que comprar nada porque todo el mundo mandaba un saco de arroz, o la comida, y la gente pasaba los nueve días dándole apoyo a esa familia. Ahora, después que llegó el COVID, ni siquiera el mismo día se le ofrece apoyo a la familia, porque a veces lo sacan del hospital y ni siquiera lo llevan a la casa y siguen derecho a enterrarlo. Y así mismo se queda la gente... ah, como que se murió y no pasó nada.” (GF4)

El consumo de sustancias fue identificado como una preocupación en algunas comunidades y grupos de población y que este problema se hizo más evidente durante y después de la pandemia.

“„ *“Tenemos comunidades que nunca habían entrado al mundo de las sustancias, porque ‘el romo (ron) es como el psicólogo del pobre’. Usted tiene problemas y se bebe una botella de romo y resuelve. En las comunidades después del COVID es notable el uso de drogas y que aprovecharon muchos traficantes para entrar a la comunidad, que era un lugar tranquilo y sagrado donde no se veía eso. Ahora se ven atracos, robos, fechorías porque entró la droga en la comunidad.” (GF1)*

También asocian el consumo de sustancias con aumento de criminalidad, al tiempo que reconocen la existencia de otras adicciones (juego, compras compulsivas). Asimismo, relatan como el consumo de sustancias se ha ‘normalizado, naturalizado’ en las comunidades.

“„ *“Otra cosa es las adicciones al juego, a las compras y ese tipo de cosas. Beben o compran ropa todo el tiempo, siempre están comprando con ego, y se supone que no tienen para comer.” (GF3)*

“Yo diría que el alcohol: en mi comunidad se toma mucho desde que se levantan al amanecer están todos los colmados llenos de esos bebedores. Hay como cinco negocios y siempre están llenos de hombres y mujeres tomando, no importa día de semana, ni la hora. En mi comunidad también hay consumo de drogas ilegales: marihuana, crack, la juca, el polvito y hacen tabacos.” (GF4)

Les participantes reflexionaron sobre su rol en la detección de potenciales señales de mala salud mental, la manera en que están inmerses en problemáticas vinculadas a este tema, a pesar de que la salud mental no está integrada en sus ejes de trabajo. Analizaron el impacto de la falta de abordaje de este tema, que limita el impacto del trabajo que realizan en áreas como la prevención de las violencias, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el desarrollo integral de las y los jóvenes. Y todo esto, tomando en cuenta que el consumo de sustancias, la ansiedad, la depresión y otros, son problemas altamente prevalentes entre muchas de las poblaciones y comunidades en las que trabajan.

“„ *“No es solo desgaste. Es que muchas veces uno está tan ocupado en cosas que uno no ve muchas señales que pasan dentro de estos mismos problemas. Pasa con el asunto de la violencia: a veces hay una persona que es víctima de violencia y uno esta tan en otra cosa... ‘ah no, estamos trabajando con lo de las niñas, estamos enfocadas en derechos sexuales y reproductivos’, pero hay un problema de violencia y no se está viendo. Hay una persona que esta con depresión, con ansiedad, que esta apática a todo, que tiene poca motivación, pero no lo estamos viendo porque estamos tan enfocados en otras cosas, como en esa agenda digamos social que tenemos que llevar, que se nos pierden esos detalles.” (GF1)*

También identificaron el suicidio y otras modalidades de autolesión en la comunidad y en grupos de población. Igualmente, analizaron la falta de recursos programáticos, informativos, psicoeducativos y de herramientas técnicas para

identificar señales que permitieran prevenir y abordar estas problemáticas. También se identificaron algunas conductas que fueron catalogadas como 'atentar contra la vida', tales como los trastornos alimenticios y el efecto de la discriminación en la autopercepción de las personas, que generan conductas autolesivas. Los grupos que trabajan con la comunidad LGBTQ+ y trabajadoras sexuales fueron los que más evidenciaron esta realidad, cuestionando los escasos e inadecuados modelos de atención en salud mental para estos grupos de población.

“” *“Sobre los suicidios, en el barrio han sucedido, pero nosotros no vimos las alertas, no vimos el desgaste de la persona.” (GF1)*

“Hay gente que también nos queremos matar comiendo, es una conducta destructiva, ni siquiera es grosera, sino destructiva de tu cuerpo como llevándote al suicidio.” (GF1)

“El suicidio y la autolesión son cosas que suceden no solamente a raíz del COVID, sino que en las comunidades con las que trabajamos específicamente con personas LGBTQ. Sucede y siempre está ahí o está en los pensamientos o en los brazos, uno se los ve cuando van a las reuniones, que tú los ves que tienen su abrigo o que están escondidos con eso. Son cosas de las que no hablan mucho, que es difícil de hablarlo con ellos y que puedan plantearlo.” (GF2)

“La autolesión es algo que se vive a diario; o sea yo tengo muchos amigos que no se habla el tema, no se comunica ni siquiera con tus mismos amigos, porque es algo muy tuyo. Pero es algo tuyo porque tu entiendes que la gente te va a ver como una persona enferma mentalmente y prefieren callarlo. La autolesión y el suicidio son cosas que la gente abraza al día a día, sea por cualquier tipo de situación: estoy cansado del trabajo o tengo diez años trabajando y no me he realizado como persona o no tengo los sueños que intenté cumplir en esos diez años. También otras situaciones: mi familia no me quiere, me rechaza; siendo trans la gente me abucea, me dice cosas, siendo homosexual también siendo lesbiana... ese tipo de cosas.” (GF2)

“Cuando tú no eres capaz de ser como tú quieres ser por temor a la sociedad y te cohibe y te escondes en una burbuja. Aumenta tu ansiedad, tu estrés, tu frustración, la falta de sueño, pero tampoco encuentras opción, porque no en todos los sitios encuentras un espacio amigable, donde la gente pueda ir y sentarse a conversar y que te entiendan. Porque yo no voy a ser capaz de abordar estos temas si yo no entiendo con quién estoy trabajando.” (GF2)

“Los jóvenes están en la calle sin sentido de la vida... y muchas veces por cualquier cosa se quitan la vida. Y es por eso, por falta de oportunidades y por la poca motivación que encuentran tanto en los hogares como en la comunidad y en el país.” (GF3)

El miedo a la estigmatización y la exclusión social asociadas a los problemas de salud mental genera la falta de comunicación sobre estos temas con otras personas y que no se busque apoyo especializado, particularmente entre la comunidad LGBTQ+.

“Dentro de la comunidad, lo que uno menos quiere es verse como una persona autodeficiente mentalmente. Cuando tú vas a un sitio a decir ‘yo me corto, yo me lacero’ por equis o por y razón te van a ver siempre como una persona deficiente mentalmente. Tal vez no te ve el profesional, pero tú entiendes que te ven así. La gente va a decir que yo estoy loco. Uno prefiere mejor no hablar.” (GF2)

“Es importante el tema de la información, pero el hecho de que cambien un poco el chip de qué significa un acompañamiento, porque el tema está... y creo que está muy ligado a cómo se veía o como ven todavía algunos de los profesionales de la salud mental a las poblaciones fuera de lo heteronormativo. Yo siento que tiene que ver mucho que las personas que acuden a los servicios a veces no encuentran la comprensión que necesitan, sencillamente por la falta de información también del personal de salud. Porque una cosa tiene que ver con que yo diga que yo acepto a las poblaciones LGTBQ+ y otra cosa es tu discurso y práctica cuando tú intervienes con la población. Entonces siento que esto tiene que ver mucho con la falta de información de los proveedores de los servicios y tiene que ver con la falta de información de la población. Hay poblaciones que saben más de lo que sabe un profesional sobre lo que significa cada uno de estas expresiones de la sexualidad.” (GF2)

Les participantes identificaron los efectos de la discriminación en la salud mental en poblaciones que viven con VIH, agudizándose la situación por su estatus migratorio, la orientación sexual y las limitaciones que estas imponen al acceso de servicios de salud física y mental.

“Yo trabajo con personas que viven con VIH y también migrantes, y estoy de acuerdo en que cuando esta persona recibe esta noticia, que tiene este virus y que, aunque tenga el tratamiento no se va a curar, entra en depresión. Viene con poca motivación ‘¿Por qué tengo que seguir luchando? Si mi vida está limitada’, y aparecen problemas como la falta de sueño y el sentimiento de desesperanza. En caso del hombre empieza la violencia contra la mujer porque ‘estoy infectado por la culpa de mi esposa’. Hay baja tolerancia, empieza con trastorno alimenticio, desgaste social; a veces piensa ‘no sigo trabajando, no voy a buscar empleo porque ¿y si me piden una prueba para aceptarme en este trabajo?’.” (GF1)

“La cuestión de los migrantes, ya que ahora en los últimos días, las intervenciones de Migración han aumentado bastante. Eso ha hecho que las personas migrantes no quieran salir, porque tienen temor de que los deporten para Haití... todo eso ha sido un detonante muy fuerte.” (GF2)

“Los servicios de salud están disponibles, pero no todos los servicios de salud son amigables. Hay poblaciones que tienen menos posibilidades de acceso a los servicios, como son las poblaciones de mujeres lesbianas, bisexuales, queer. Cuando van a un servicio de salud tienen menos opciones de que la gente que este ahí entienda frente a quien están, como tratarlas.” (GF2)

“La comunidad trans vive muchas situaciones de discriminación. Sabemos que es una de las comunidades más discriminadas. Está también el estigma que viene junto con la violencia de género, ya que en la comunidad

trans hay muchas trabajadoras sexuales y, en su mayoría, siempre son violentadas." (GF2)

3.3 Perspectivas sobre las poblaciones con mayores riesgos de salud mental

Los participantes de los GF describieron la importancia de los enfoques interseccionales y, de manera especial, el racismo, la discriminación multidimensional y sus efectos en la salud mental. En este sentido, consideran que la persecución de la que son objeto algunos grupos de población por el hecho de ser pobres, negros o tener una orientación sexual fuera de la heteronormatividad hace que estas discriminaciones concurrentes no afecten solo a las poblaciones y comunidades con y para las que trabajan, sino que el personal asalariado o voluntario también experimenta persecución por, por ejemplo, abogar por temas que actualmente están siendo debatidos y en torno a los cuales hay un alto nivel de rechazo por parte de sectores de poder en el país. Asimismo, afirman que la discriminación ocurre dentro de las organizaciones en las que trabajan, lo que genera un desgaste emocional en su vida cotidiana.

Los participantes de los GF consideraron que las poblaciones con mayor riesgo de tener problemas de salud mental son las que se describen en la siguiente tabla.

Tabla 4. Poblaciones con riesgo elevado de problemas de salud mental, en función de aspectos identitarios, de acuerdo a las perspectivas de los participantes de los GF

Aspectos identitarios	Poblaciones consideradas con mayor riesgo
Pertenencia étnica o por trabajar con poblaciones de determinados grupos étnicos o nacionalidades	<ul style="list-style-type: none"> Jóvenes negros (tema racial) no necesariamente haitianos, dominicanos prietos (negros). Trabajadores de la comunidad que abordan población negra y de batey Población migrante Mujeres migrantes haitianas y venezolanas
Edad	<ul style="list-style-type: none"> Niñas y niños Jóvenes Las personas adultas mayores Adolescentes, particularmente, las adolescentes
Área de residencia	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres campesinas lideresas, hombres de zona rural
Comunidad LGTBQ+	<ul style="list-style-type: none"> Población trans, poblaciones bisexuales, las personas no binarias y las personas intersexuales Niñas lesbianas y bisexuales
Personas con determinadas condiciones de salud, discapacidad o necesidades especiales	<ul style="list-style-type: none"> Personas que viven con VIH Personas que abusan de sustancias Enfermos mentales Personas con discapacidad
Pobreza	La población más pobre
Mujeres - interseccionalidad	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres en general Mujeres negras y pobres

Los riesgos para la salud mental de los migrantes y las personas que trabajan con y para ellos se relacionan con las acciones de vigilancia y acoso de actores estatales y otros, las que atentan contra la dignidad humana, así como la discriminación hacia ellos en las comunidades y las violencias sistemáticas de las que son objeto.

“” *“La discriminación que una vive en la cotidianidad, en el día a día, te pone en riesgo completamente porque tú prácticamente no eres legítimo en ningún lugar, ni siquiera en las mismas organizaciones: el tema del conocimiento y de como a partir de ese mismo racismo, la gente duda de que tú tienes las capacidades para hacer un trabajo. Esto pone en riesgo a los muchachos en la comunidad, ya que son muchachos buenos, que están estudiando, se están preparando y que están tratando de crecer. Esa constante vigilancia del Estado hace que uno se ponga loca.” (GF1)*

“Nosotras que trabajamos con población negra y de batey, ese famoso perfil sospechoso que a veces no es Migración, pero es la policía. Eso también les pone y nos pone en riesgo. La discriminación y el racismo juegan mucho con la dignidad del ser humano y cuando la persona no se siente bien, viene todo eso de la depresión, la ansiedad y el estrés.” (GF1)

“Eso yo lo veo desde la interseccionalidad, pero en diferentes partes. Por ejemplo, no todo el mundo lo vive igual, quizás las personas de determinada raza no tienen los mismos problemas que tienen las personas de clase baja y así sucesivamente. Va partiendo de un punto y cada quien lo va viendo en la manera en que se encuentra y el ambiente en el que está.” (GF4)

Igualmente, algunos grupos consideraron barreras específicas que enfrentan grupos de población como las mujeres, les NNA, les migrantes, las personas trans, las personas con VIH y personas en situaciones humanitarias afectadas por desastres para acceder a servicios, desplazarse libremente en la ciudad u obtener medios de vida, así como el bajo apoyo emocional que reciben y las limitadas oportunidades para el desarrollo personal. Todos estos factores en su conjunto fueron considerados como determinantes de la salud mental y como barreras que afectan el ejercicio de los derechos.

“” *“La discriminación que viven las niñas y las adolescentes. Porque le dicen ‘ah, se embarazaron, ustedes se lo buscaron’. Las mujeres jóvenes dicen que van a los centros de salud a buscar planificación y por ser niñas o adolescentes se la negaban... una discriminación total.” (GF1)*

Nosotras las mujeres, porque tenemos la carga comunitaria, somos madres, cocinamos, eso es lo que se quiere proyectar. Las mujeres mayores son más vulnerables que las adultas y sabemos que el trabajo que estamos realizando hace que estemos más en riesgo.” (GF4)

“Con la población migrante actualmente es difícil, porque no importa que seas legal o regulado. Aunque la persona tenga los documentos y ve la Migración, prefiere quedarse porque no sabe qué va a pasar en la cabeza de esa persona de Migración, si va a romper el carnet; es decir, hay una presión.” (GF1)

“Los pacientes que viven con VIH a veces tienen citas y tienen miedo para llegar a la clínica, porque no saben qué va a pasar en la calle. Para lo único que salen es para trabajar, a veces muy temprano antes de la hora, y todo esto por ser migrante.” (GF1)

Los profesionales de salud mental mencionaron prácticas estigmatizantes e incongruentes con los estándares de atención psicológica.

“Y se lleva difícil, porque realmente desde el punto de vista clínico lo primero que te dice un psicólogo es que tú tienes un trastorno. Uno no quiere buscar ayuda clínica porque la medicina te dice: tú no estás bien, tú tienes un trastorno de personalidad múltiple, tú tienes un trastorno de esto... hablo de la comunidad en general también.” (GF2)

“” “Porque, algunas veces, los psicólogos cuando atienden a la comunidad LGTBIQ quieren encasillar las sesiones hacia lo que ellos entienden que es lo que necesitamos. Entonces es importante que las sesiones hacia la comunidad LGTBIQ no las encasillen solamente a temas como la orientación sexual, identidad, expresión de género, pajarería, discriminación, hormonas y eso, sino también en otros temas que les pasan y preocupan a todo el mundo.” (GF2)

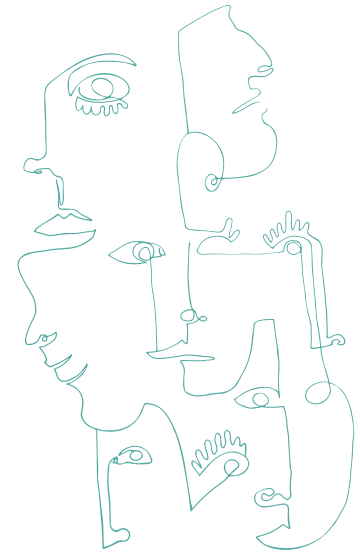
“Las mujeres migrantes haitianas y venezolanas pasan muchas situaciones en este país. En pandemia, como están indocumentadas, la mayoría de ellas no calificaban para ningún tipo de ayuda y había mucha depresión, mucha desesperanza; estaban totalmente angustiadas.” (GF3)

3.4 Prácticas tradicionales y comunitarias protectoras y promotoras de la salud mental

Con el objetivo de identificar fortalezas y recursos que contribuyen a una salud mental positiva se exploraron en los GF, los activos internos y comunitarios que ayudan a las poblaciones con y para las que trabajan las OSC con el fin de encontrar significado y propósito y desarrollar resiliencia. Identificaron prácticas culturales que se realizan en las afueras de la ciudad, incluidos grupos afrodescendientes, y otras que se realizan en el calendario cultural puntualmente, como carnavales y patronales, entre otros. También indicaron otras prácticas de “acompañamiento” espontáneo en lugares de encuentro como son: salones de belleza, colmados y patios o callejones en los barrios, considerados relevantes en particular para la reunión de mujeres, y en los colmados para cualquier grupo de población. En su opinión, estos espacios informales de encuentro pueden constituir una puerta de entrada para incorporar o capacitar a personas seleccionadas como multiplicadoras y navegadoras comunitarias y realizar intervenciones educativas mediante la distribución de materiales educativos o actividades recreativas, como proyección de películas o la incorporación de juegos de mesa educativos, entre otros.

Tabla 5. Actividades y prácticas tradicionales y comunitarias promotoras de la salud mental positiva, identificadas por los participantes de los GF

Prácticas	Actividades específicas
Prácticas culturales territoriales	El gagá y los atabales en la provincia de San Cristóbal.
Encuentros informales en espacios y lugares locales	<ul style="list-style-type: none"> • En la comunidad, las mujeres se reúnen a hablar y a jugar a dominó y parché, actividades que pueden utilizarse para abordar temas de salud mental (utilizando metodologías lúdicas). • Los colmados son lugares en los que la gente se sienta a hablar, conversar y decir lo que siente. • Los salones de belleza y centros de uñas son lugares en los que se habla sobre temas personales y del barrio. • Visitas y consultas con las vecinas que ofrecen servicios tradicionales de apoyo y consulta: leen las tasas, dan baños para 'cuando uno no le está yendo muy mal en la vida' (con ruda-amoníaco) y luego algo dulce 'para que venga lo bueno'. Usan fragancias (vainilla, incienso) y dan masajes con mentol. • El mes del PRIDE para la comunidad LGTBQ+, período en que desarrollan diversas acciones de movilización, sobre todo en la ciudad.
Grupos culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos culturales crean canciones alusivas al embarazo adolescente, el matrimonio infantil y las violencias de género. • Fogatas, actividades en las que se sirve chocolate colectivamente. • Giras (paseos) a santuarios y playas. • Las fiestas patronales en honor a diversos santos constituyen espacios de encuentro para las personas de la comunidad. • El Carnaval (celebración anual en el mes de febrero).
Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • En las poblaciones LGTBQ+ identificaron los grupos de autoayuda dirigidos por profesionales de salud mental, que aunque ya no se realizan por restricciones financieras, fueron mencionados como una práctica que realizan con organizaciones aliadas. • Actividades en el parque Duarte, en la zona colonial en Santo Domingo, que es un punto de encuentro en el que se desarrollaban intervenciones con distintos grupos de la comunidad LGTBQ+. • En el grupo de trabajadoras sexuales identificaron las actividades de manualidades como un espacio donde se puede incorporar el tema de salud mental, ya que las mujeres conversan sobre situaciones personales.



4. Estrategias para abordar y promover la salud mental en las OSC y las comunidades

Para garantizar que se llevan a cabo las acciones priorizadas en la estrategia de promoción de la salud mental de cada OSC en los GF y los encuentros de devolución se identificaron necesidades concretas a priorizar en las organizaciones y en las comunidades. Estas prioridades serán abordadas en los programas y áreas de promoción, prevención, atención y políticas administrativas de las OSC y en las intervenciones comunitarias.

Las estrategias organizacionales se concentran en cuatro áreas: acciones gerenciales, capacitación, desarrollo de herramientas técnicas y materiales de apoyo, y apoyo emocional en distintas modalidades.

Tabla 6. Necesidades organizacionales identificadas en los GF y en los encuentros de devolución

Área	Acciones
Acciones gerenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso gerencial con la implementación de estrategias de autocuidado y cuidado del personal mediante políticas, programas formales y asignación de recursos financieros para su puesta en marcha. • Implementar acciones sistemáticas de promoción del autocuidado individual y colectivo, a nivel organizacional y en las comunidades. • Incorporar la salud mental como un eje estratégico en la planificación institucional. • Humanizar las acciones institucionales mediante mecanismos de diálogo con los colaboradores. • Establecer estrategias para identificar los problemas de salud mental (individuales y del personal en su conjunto) y de capacitación para abordar las necesidades detectadas.

Invisibles y olvidadas:

Riesgos y necesidades de salud mental de las personas trabajadoras comunitarias de organizaciones de sociedad civil en la República Dominicana

Área	Acciones
Capacitación	<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de un programa de formación continua en atención e intervenciones psicosociales en salud mental y laboral para el personal de las OSC e instituciones aliadas.• Capacitación sobre los enfoques basados en la evidencia para trabajar en torno a la salud mental en y con las comunidades.• Capacitación sobre primeros auxilios psicológicos y manejo de crisis para primeros intervinientes de las OSC y líderes comunitarios.• Formación en técnicas de respiración para manejar el estrés y el cansancio.• Talleres sistemáticos sobre estrategias individuales y colectivas de autocuidado.• Talleres de juegos cooperativos usando estrategias lúdicas para aplicar en la comunidad (aprender para hacer).• Actividades formativas sobre el uso y abuso de las tecnologías de la información y la comunicación y sus efectos en la salud mental.
Materiales de apoyo/herramientas	<ul style="list-style-type: none">• Desarrollar herramientas para identificar problemas de salud mental (protocolos de actuación interna) y establecer rutas de actuación.• Elaborar una cartilla con las preguntas más frecuentes sobre salud mental.• Diseñar un calendario de bienestar.
Apoyo emocional (individual y grupal)	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad de profesionales de salud mental para apoyar al personal asalariado y voluntario utilizando modalidades costo-efectivas, tales como la asignación de un o una profesional de psicología que provea soporte y seguimiento emocional al equipo de trabajo mediante modalidades híbridas que combinen actividades presenciales o virtuales.• Conversaciones bimestrales con el equipo técnico sobre el impacto de su trabajo en el estado psicológico con el fin de examinar de manera continua el bienestar del personal, cómo está conectando con la comunidad (carga laboral) y cómo es el funcionamiento de los grupos de acompañamiento (intervención grupal).• Establecer alianzas con organizaciones que dan apoyo a la salud mental para garantizar su presencia continua en todas las provincias y comunidades.

Las necesidades comunitarias reportadas en los GF se concentran en cinco áreas: a) sensibilización, b) desarrollo de materiales de apoyo/herramientas, c) grupos de autoayuda/apoyo emocional, d) capacitación y e) visitas domiciliarias.

Tabla 7. Necesidades comunitarias identificadas en los GF y en los encuentros de validación

Área	Acciones
Sensibilización	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar en temas de salud mental a las organizaciones comunitarias y líderes y lideresas locales mediante talleres, encuentros y otros espacios de diálogo. • Realización de ferias educativas comunitarias sobre promoción de la salud mental. • Campañas anuales (octubre) sobre salud mental en los medios de comunicación. • Uso de las actividades culturales y deportivas para adecuar las acciones preventivas y promotoras de la buena salud mental a las poblaciones a las que se dirige. • Desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud mental para la comunidad LGBTQ+ en el marco del mes del PRIDE.
Materiales de apoyo/herramientas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar herramientas (cuestionarios, test, Apps interactivas) para identificar problemáticas de salud mental en los grupos de población con los que trabajan las OSC. • Creación de rotafolios para uso de promotores comunitarios sobre temas diversos de salud mental: signos y síntomas e informaciones para referimientos, y mitos sobre la salud mental. Tomar en cuenta el uso de imágenes para las personas que no saben leer o tienen alguna discapacidad auditiva. • Elaborar hojas informativas sobre temas prioritarios en salud mental para distintos grupos de población. • Diseñar brochures (folletos) y otras herramientas educativas para cuestionar los mitos en torno a la salud mental y aumentar el nivel de conocimiento sobre conceptos clave sobre salud mental. • Elaborar una ruta crítica para la intervención en grupos de población que tienen riesgos específicos en cuanto a la salud mental, incluidos directorios de referencias a servicios especializados y de apoyo grupal según área geográfica. • Diseñar material informativo sobre el concepto de la salud mental, los mitos sobre el tema y cómo apoyar a una persona que tenga un problema emocional. • Elaborar un audiovisual sobre salud mental dirigido a apoyar a los grupos comunitarios para generar discusiones sobre los problemas que les afectan, las causas y consecuencias y las opciones de apoyo individual y colectivo.
Grupos de autoayuda/apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Una línea telefónica, una App o un grupo de apoyo donde las personas puedan expresar sus sentimientos en condiciones de privacidad y soporte colectivo (grupos de autoayuda). • Disponibilidad permanente de profesionales que aborden el tema de la salud mental en las comunidades. • Servicios de salud mental gratuitos, en especial en la comunidad LGBTQ+, ya que es una población en la que su mayoría dispone de limitados recursos. La orientación debe abordar no solo en temas de orientación sexual, sino también intervenciones integrales que incorporen el desarrollo de un plan de vida y otras necesidades comunes a todos los seres humanos. • Extender el apoyo emocional a madres, padres y/o tutores y miembros de las familias en su conjunto. • Estrategias para abordar la salud mental a través de la arteterapia en las comunidades.

Área	Acciones
Capacitación	<ul style="list-style-type: none">• Generar capacidades y conocimientos clave en torno a la salud mental en líderes, niñas y jóvenes y otros grupos de población prioritarios según área geográfica.• Formar al personal de las OSC en intervenciones psicosociales para implementarlas en las comunidades.• Capacitar al personal de las OSC para acompañar a las familias, que puedan ofrecer orientación básica y referencias a servicios especializados.• Desarrollar capacidades en las comunidades para el uso de técnicas de respiración para manejar la ansiedad (especialmente con las niñas en entornos de violencia).• Desarrollar talleres de juegos cooperativos usando estrategias lúdicas, orientados a fortalecer capacidades para que las personas puedan identificar sus problemas y sus fortalezas a través de juegos tradicionales (las cosas que les divierten) y favorecer la toma de conciencia de su entorno.• Impulsar estrategias educativas continuas mediante cine fórums, charlas, talleres, conversatorios y visitas domiciliarias.• Formar a personas de la comunidad en temas de mejoramiento de la autoestima, la inteligencia emocional y el liderazgo, así como de la importancia del bienestar emocional.• Diseminar información sobre los roles de los profesionales de psicología y psiquiatra y la importancia de utilizar sus servicios. Usar herramientas como infográficos y medios interactivos para explicar gráficamente qué se espera cuando se va al psicólogo/a o psiquiatra, los lineamientos éticos que deben regir su quehacer y los derechos de las personas que usan sus servicios.• Realizar actividades formativas dirigidas a docentes en los centros educativos sobre cómo identificar condiciones de salud mental y promover el respeto y la no discriminación de NNA afectados.• Capacitar a profesionales de psicología y psiquiatría en terapia afirmativa para la comunidad LGTBQ+ y crear mecanismos de diálogo entre estos profesionales y personas de esta comunidad para la mejora continua de los servicios de salud mental.
Visitas domiciliarias	<p>Visitas a los hogares de personas de población general y de grupos en riesgo para desarrollar acciones preventivas e informativas individualizadas sobre salud mental, evaluar necesidades y dar acompañamiento y referimiento, con el debido consentimiento informado, a familias y personas que así lo requieran.</p>



5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

- a. Los resultados de la encuesta de agotamiento profesional (burn out) muestran altos niveles de agotamiento emocional asociados a las demandas del trabajo, a la par que elevados niveles de realización personal en el trabajo y bajos niveles de despersonalización.
- b. Los hallazgos de la encuesta de autocuidado revelan ponderaciones preocupantes en cuanto al cuidado físico, psicológico y de las relaciones interpersonales, en el lugar de trabajo/cuidado profesional y en el balance general.
- c. Los resultados de los grupos focales revelan:
 - Preeminencia de conceptos de salud mental asociados a la locura, a condiciones o aspectos faltantes en las personas, tales como: limitado control mental y corporal, falta de orden, inadecuado funcionamiento psicológico, desconexión con la realidad y falta de inteligencia emocional, al mismo tiempo que al bienestar relacionado con aspectos individuales, factores contextuales y la salud física.
 - El personal de las OSC puede estar expuesto a sufrir problemas de salud mental a consecuencia de su trabajo, tanto por la naturaleza misma de su ocupación como por las limitaciones de estas organizaciones para proporcionar respuestas integrales a las múltiples necesidades de las poblaciones y comunidades con las que trabajan. La falta de energía, la poca motivación y la sobrecarga están entre los aspectos mencionados con mayor frecuencia, incluyendo la depresión producto del cúmulo y la impotencia ante las problemáticas sociales que manejan. Los efectos negativos del

desgaste laboral trascienden el ámbito laboral, impactando la vida familiar y relaciones en el hogar.

- La pandemia de COVID-19 desencadenó muchos de los problemas emocionales de las poblaciones y el personal asalariado y voluntario de las OSC debido a la reducción de personal, las presiones económicas en los hogares y el trabajo desde la casa.
- Entre las problemáticas de salud mental en las comunidades se identificaron: i) ansiedad, depresión y problemas conductuales, comunes en la población de adolescentes y jóvenes, ii) consumo de sustancias, iii) suicidio y otras modalidades de autolesión. También señalaron los riesgos específicos para la salud mental asociados a la estigmatización y exclusión social de determinados grupos de población (personas con VIH, comunidad LGTBIQ+ e inmigrantes haitianos).
- En cuanto a las poblaciones con mayores riesgos de salud mental, estas fueron identificadas según sus aspectos identitarios: i) pertenencia étnica o por trabajar con poblaciones de determinados grupos étnicos o nacionalidad, ii) edad, iii) área de residencia, iv) comunidad LGTBIQ+, v) personas con determinadas condiciones de salud, discapacidad o necesidades especiales y vi) pobreza, así como las intersecciones entre múltiples y concurrentes identidades, como ser mujer, pobre y negra.
- En relación con las prácticas tradicionales y comunitarias protectoras y promotoras de la salud mental se identificaron diversas acciones, actividades y recursos que contribuyen a una salud mental positiva, entre las que se incluyen: i) prácticas culturales territoriales, ii) encuentros informales en espacios y lugares locales, iii) grupos culturales y iv) modalidades de apoyo individual y colectivo.

5.2 Recomendaciones

Dado que las recomendaciones de estrategias para abordar y promover la salud mental en las OSC y las comunidades fueron priorizadas y validadas por las instituciones mismas en los encuentros de devolución, se presentan a continuación algunas recomendaciones adicionales para garantizar su ejecución, financiamiento, monitoreo y evaluación, así como su sostenibilidad:

- a. Mejorar la recopilación y la difusión de información sobre la salud mental del personal y las poblaciones y comunidades para y con las que trabajan las OSC, enfatizando los factores de riesgo y de protección, y las consecuencias para el desarrollo humano y el bienestar físico y mental, así como para la efectividad y calidad de los proyectos que implementan.
- b. Abogar por el fortalecimiento de las OSC, instancias gubernamentales y organizaciones comunitarias para que se aborde la salud mental y se garantice que todas las personas en riesgo o afectadas por problemas de salud mental –incluidas las que están en situación de vulnerabilidad debido a su situación socioeconómica, edad, identidad étnica o racial, orientación

sexual, identidad de género o discapacidad— tengan un acceso oportuno, eficaz y asequible a los servicios y recursos de salud mental.

- c. Fomentar el abordaje de la salud mental en el contexto de iniciativas y proyectos de las OSC: violencia contra las mujeres, salud y derechos sexuales y reproductivos, VIH y otras ITS, identidad cultural e interculturalidad, desarrollo integral de adolescentes y jóvenes, apoyo a migrantes, promoción y defensa de derechos humanos de la comunidad LGTBQ+, personas con discapacidad y adultes mayores, entre otros.
- d. Promover la participación de las OSC en las iniciativas multisectoriales donde se aborda la salud mental, incluidas políticas, programas y financiamiento.
- e. Abogar ante las instancias financiadoras y agencias de cooperación por la priorización de inversión continua en salud mental y la provisión de recursos suficientes para ejecutar estrategias institucionales y comunitarias en torno a la salud mental desde enfoques interseccionales.

