



Artículo de investigación E27A12. ❖ Corporación Universitaria Uniremington ❖ Universidad EAFIT
Recibido: 01.08.2025. ❖ Aprobado versión final: 24.02.2026. ❖ JEL: J28, M00, I10, I18, I19, I31
doi: 10.33571/teuken.v17n28a6

¿Quién cuida a quien cuida? Experiencias de placer y malestar en profesionales de la salud mental

Lina Marcela Ocampo Tabares - José Luis Ossa-Cardona
Karina Andrea Alzate-Sánchez
COLOMBIA



Lina Marcela Ocampo es profesional en Administración de Empresas de la Corporación Universitaria Remington y Auxiliar Administrativa en la clínica de salud mental Servid Salud Integral S.A.S

Contacto: lina.ocampo.0514@miremington.edu.co

ORCID:0009-0009-6764-818X

José Luis Ossa es Doctorando en Administración en la Universidad EAFIT, Magíster en Psicología del Trabajo, Especialista en Gerencia del Talento Humano y Administrador de Empresas.

Contacto: jlossac@eafit.edu.co

ORCID: 0009-0008-9811-4634.

Karina Andrea Alzate es Doctoranda en Administración en la Universidad EAFIT, Magíster en Educación, Especialista en Pedagogía y Didáctica y Licenciada en Educación.

Contacto: kaalzates@eafit.edu.co

ORCID: 0009-0003-2461-463X.

Resumen: análisis de las experiencias de placer y malestar en profesionales de la atención a pacientes con trastornos de salud mental: un estudio de caso cualitativo y transversal basado en entrevistas semiestructuradas a seis especialistas. Los resultados indican que las experiencias oscilan entre el placer, vinculado a la inclusión familiar en la recuperación y a la mejoría del paciente, y el malestar, asociado al incumplimiento del tratamiento o a la falta de apoyo familiar. Se resalta la relevancia de una atención basada en comunicación asertiva, respeto, empatía, disposición y tiempo suficiente, junto con una gestión emocional adaptada a cada caso. Se concluye sobre la importancia de la prevención y el conocimiento sobre salud mental, sus impactos y hábitos de bienestar en el contexto social, ya que los profesionales experimentan diversas emociones —*alegría, satisfacción, ansiedad, angustia e incertidumbre*— que reflejan la complejidad y el reto de su labor asistencial de cuidado.

Palabras clave: salud mental, cuidado, recursos humanos, profesionales de la salud, psicodinámica del trabajo.

Who cares for the caregivers?

Experiences of pleasure and discomfort among mental health professionals

Abstract: Analysis of the experiences of pleasure and discomfort of professionals caring for patients with mental health conditions, through a qualitative and cross-sectional case study, with semi-structured interviews with six specialists. The results illustrate that experiences range from pleasure, linked to family inclusion in recovery and patient improvement, to discomfort, associated with non-compliance with treatment or lack of family support. The work highlights the importance of care that is based on assertive communication, respect, empathy, willingness, and sufficient time, along with emotional management tailored to each case. The study underscores the importance of prevention and knowledge about mental health, its impacts, and wellness habits in the social context, as professionals experience various emotions —*joy, satisfaction, anxiety, distress, and uncertainty*— that reflect the complexity and challenge of their caregiving work.

Keywords: Mental Health, Care, Human Resources, Healthcare professionals, Psychodynamics of Work.

Quem cuida de quem cuida?

Experiências de prazer e desconforto dos profissionais de saúde mental

Resumo: análise das experiências de prazer e desconforto de profissionais que cuidam de pacientes com condições de saúde mental, por meio de um estudo de caso qualitativo e transversal, com entrevistas semiestruturadas realizadas com seis especialistas. Os resultados evidenciam que as experiências oscilam entre o prazer —*associado à inclusão da família no processo de recuperação e à melhora dos pacientes*— ao desconforto, relacionado à não adesão ao tratamento ou à ausência de apoio familiar. Destaca-se a importância de um cuidado fundamentado na comunicação assertiva, no respeito, na empatia, na disponibilidade e no tempo adequado, bem como na gestão emocional ajustada a cada caso. Conclui-se a relevância da prevenção e do conhecimento sobre a saúde mental, seus impactos e hábitos de bem-estar no contexto social, considerando que os profissionais vivenciam diversas emoções —*alegria, satisfação, ansiedade, angústia e incerteza*— que refletem a complexidade e os desafios de sua prática de cuidado.

Palavras-chave: saúde mental, cuidadoso, recursos humanos, profissionais de saúde, psicodinâmica do trabalho.

1. Introducción

El cuidado, desde la psicodinámica del trabajo, trasciende la mera ejecución de protocolos técnicos o prescripciones de seguridad para entenderse como un dominio complejo que habita en la actividad real de los trabajadores. Pujol *et al.* (2015) mencionan que esta mirada —*que integra la noción de cuidar y cuidarse, desde una perspectiva clínica*— reconoce al trabajador como un protagonista activo que, más allá de ser un recurso del *management*, despliega saberes y estrategias colectivas para afrontar el malestar y gestionar los riesgos físicos y psíquicos inherentes a su labor (Orejuela, 2019). Así, el cuidado se

fundamenta en una mirada clínica y dialógica que prioriza el reconocimiento del sujeto como un ser sufriente cuya vida no se reduce a la enfermedad o al riesgo, lo que promueve la construcción de sentidos compartidos en el colectivo para transformar el sufrimiento potencial en una práctica de preservación de la salud y la identidad, en el espacio social, tal como lo refieren Miranda y Pino (2025).

Los profesionales de la salud mental participantes en esta investigación son quienes se dedican al cuidado, la atención y el tratamiento de pacientes, tales como médicos, enfermeros, fisioterapeutas y otros especialistas (Morales *et al.*, 2003). Estas profesiones están reguladas por normativas que aseguran su formación y ética profesional; trabajan en equipos multidisciplinarios para diagnosticar, tratar y acompañar a los pacientes y también participan en la prevención, rehabilitación y mejora de la calidad de vida. Una parte fundamental para llevar a cabo esta profesión es la atención en salud que abarca un conjunto de servicios orientados a prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar enfermedades, con el fin de mejorar el bienestar físico y mental, nociones asociadas al cuidado, como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (2008, 2022). Estos servicios se organizan en tres niveles: atención primaria (más cercana a la comunidad), secundaria (con especialistas) y terciaria (alta complejidad) (Starfield, 1998; Andrade, 2015).

El cuidado de los profesionales de la salud mental no puede reducirse a una práctica técnica ni a un conjunto de procedimientos asistenciales, sino que constituye una actividad relacional en la que el profesional compromete su subjetividad, su afectividad y su identidad laboral. Desde esta perspectiva, el trabajo de cuidar implica una confrontación permanente con el sufrimiento ajeno, lo que exige un esfuerzo psíquico de elaboración que puede devenir tanto en experiencias de placer como de malestar. Como plantea Dejours (2013, 2016), el placer en el trabajo emerge cuando el sujeto logra transformar las exigencias y los obstáculos de la tarea en una acción con sentido, reconocida por otros, mientras que el sufrimiento aparece cuando esta transformación se ve impedida por las condiciones organizacionales.

En los oficios de cuidado, esta tensión se intensifica, ya que el objeto mismo del trabajo es el sufrimiento humano, lo que expone al trabajador a una sobrecarga emocional y a procesos de desgaste subjetivo. Así, el cuidado se configura como un trabajo invisible y moralmente exigente, sostenido por vínculos intersubjetivos, cuya calidad depende tanto de los recursos psíquicos del profesional como de las mediaciones colectivas e institucionales que permitan tramitar el impacto afectivo de la tarea (Dejours *et al.*, 1994; Dejours y Gernet, 2012; Orejuela, 2019).

Las vivencias de placer y malestar son experiencias personales que ayudan a las personas a reconocer lo que les resulta satisfactorio o incómodo. Estas vivencias están relacionadas con el crecimiento personal y la forma en que nos relacionamos con otros. Tienen un origen tanto biológico como social, y juegan un papel importante en el bienestar y la salud emocional. Como señala Arango (2010), estas experiencias no sólo ayudan a

adaptarnos, sino que también son fundamentales para aprender a manejar nuestras emociones y afrontar las situaciones que se presentan en la vida diaria. Thompson (1981) destaca que el concepto de experiencia implica que hombres y mujeres actúan como agentes activos; no en calidad de sujetos completamente libres o autónomos, sino como personas que viven y atraviesan las condiciones productivas y las relaciones existentes en su entorno, ya sea en forma de necesidades, intereses o incluso contradicciones.

Para Larrosa (2006a, 2006b), la experiencia no es lo que ocurre, sino lo que me ocurre y me transforma como sujeto. Es siempre singular, pasiva y no controlable; distinta del experimento o la simple práctica. Esta sólo existe plenamente cuando puede elaborarse en el lenguaje y en el adquirir sentido. Además, estas vivencias —*tanto personales como compartidas*— son resignificadas dentro de su cultura y conciencia (Cruz, 2017).

En este contexto, se pueden identificar dos tipos de experiencias: la experiencia vivida y la experiencia percibida, y ninguna coincide en términos cronológicos; por un lado, están las vivencias; y por el otro, la interpretación y la narración de estas vivencias. Es decir, la experiencia 1 se desarrolla en un fluir constante, contingente, un sinsentido. En cambio, la experiencia 2 es una búsqueda por entender, de explicar el mundo, de hacer una ordenación. Para aclarar este concepto, Turner y Bruner (1986) retoman la distinción planteada por Dilthey (1957) entre la mera experiencia y una experiencia. La primera se refiere a una actitud pasiva frente a los hechos, en la que sólo se aceptan los sucesos sin cuestionarlos. En cambio, una experiencia se diferencia porque no se ajusta a una cronología lineal de horas, días o años, sino que posee, como señaló Dewey (1934), un inicio y una culminación significativos.

Los sujetos viven ciertas experiencias que los han marcado y transformado profundamente. En esta línea, Larrosa (2006b) sostiene que la experiencia no es el simple acontecer de los hechos, sino *aquello que me pasa* y que sólo se constituye como experiencia cuando puede ser elaborada en el lenguaje y dotada de sentido. Así, la vivencia sólo deviene experiencia cuando es narrada, interpretada y apropiada por el sujeto, pues sin palabra no hay experiencia. Por otra parte, la emoción como aspecto fundamental de las experiencias y vivencias (Blanco, 2024) surge como una respuesta organizada ante un evento externo o un fenómeno interno (como un pensamiento, imagen o conducta). Primero, se lleva a cabo el proceso perceptivo del suceso, seguido de una evaluación de este. Como resultado, se genera una reacción neuropsicológica, conductual o cognitiva. Si esta reacción lleva a una acción, provoca una predisposición a la misma (Bisquerra, 2003).

El concepto de salud mental se presenta como un objeto genérico bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar (Miranda, 2018); discursos y prácticas que, según Restrepo y Jaramillo (2012):

obedecen a racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras, y por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que le subyacen (p. 203).

De esto se derivan distintas clasificaciones de los trastornos mentales; entre estas cabe destacar que, en 2019, aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo padecía algún trastorno de este tipo, siendo los más prevalentes la ansiedad y la depresión (Organización Mundial de la Salud – OMS, 2022). En cuanto al incremento de las enfermedades de salud mental, según la Subdirección General de Información Sanitaria (2021):

El trastorno de ansiedad es el problema de salud mental más comúnmente registrado en las historias clínicas de atención primaria, afectando al 6,7 % de las personas con tarjeta sanitaria. Este trastorno tiende a mantenerse relativamente estable entre los 35 y los 84 años. La depresión, por su parte, afecta al 4,1 % de la población y su frecuencia aumenta con la edad. El síntoma más habitual es el trastorno del sueño, presente en el 5,4 % de la población, siendo más común en mujeres (15,8 %) que en hombres (5,1 %), y también incrementándose con la edad. Las psicosis afectan en conjunto al 1,2 % de la población, destacándose la psicosis afectiva con una prevalencia de 7,2 ‰. La demencia se registra en el 3,2 % de las personas mayores de 60 años. En niños y adolescentes (menores de 25 años), los trastornos más frecuentes son los trastornos hipercinéticos (1,8 %) y los problemas específicos del aprendizaje (1,6 %) (p.42).

1.1 Planteamiento del problema

En los últimos años, ha aumentado considerablemente el interés por el tema de la salud mental, no sólo en lo que respecta a los pacientes, sino también en lo que viven los profesionales que trabajan directamente con el sufrimiento humano en hospitales, clínicas o espacios que sean compartidos. Según algunos estudios como los de Franceschi y Pinheiro (2017), Moreno y Fernández (2023) y Gómez y Sanabria (2021), los profesionales de la salud se enfrentan constantemente a situaciones emocionales intensas que pueden generar tanto sensaciones positivas como situaciones de sufrimiento o malestar (Augusto *et al.*, 2014; Mendes, 2007) que deben aprender a manejar por el tipo de contacto que tienen con los pacientes.

Al revisar la literatura, se identifica que algunos profesionales encuentran satisfacción en su labor cuando ven mejoría en los pacientes, reciben reconocimiento por su trabajo o sienten que hay un buen trabajo en equipo (Franceschi y Pinheiro, 2017). Sin embargo, también hay quienes se ven afectados emocionalmente, enfrentan agotamiento, retraumatización, síndrome de *burnout* (Maslach y Leiter, 2016) o estrés postraumático secundario, cuando el paciente o el sistema no cooperan. Temas que, además, se intensificaron con la pandemia según los estudios de Benito *et al.* (2020) y Gómez y Sanabria (2021). A esto se suma que muchas instituciones de salud no tienen estrategias claras para

cuidar el bienestar emocional de su personal, ni le dan la importancia que merecen estas vivencias (Gañán-Moreno *et al.*, 2022; Orejuela, 2014; Carballo *et al.*, 2021).

Este problema se agrava cuando los modelos de atención dan más importancia a lo médico y técnico que a los aspectos emocionales y humanos del trabajo en salud mental (Carvajal, 2017; Corgozinho, 2020; Osorio *et al.*, 2022). También se nota que hay poco avance en la documentación y el análisis de experiencias exitosas que ayuden a mejorar el bienestar del personal (Moreno y Liria, 2023); por lo que es necesario estudiar con más detalle cómo viven el placer y el malestar los profesionales que trabajan con la salud mental. Entender estas experiencias puede ayudar a ver cómo se afecta la salud mental, el bienestar o *engagement* (Ossa-Cardona y Alzate-Sánchez, 2024) y la calidad de la atención que brindan los profesionales.

A la luz de las consideraciones contextuales, conceptuales, metodológicas y empíricas, se hace pertinente abordar la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las experiencias de placer y malestar experimentadas por un grupo de profesionales en atención a pacientes con enfermedades de salud mental? La pregunta se justifica en la necesidad de comprender las experiencias de placer y malestar que atraviesan los profesionales dedicados a la atención de pacientes con trastornos de salud mental, para lo que se explora cómo gestionan sus emociones en el ejercicio clínico, qué estrategias despliegan ante emociones incómodas o displacenteras y de qué manera estas pueden transformarse en experiencias satisfactorias. Con este propósito, se plantea como objetivo general: analizar las experiencias de placer y malestar de un grupo de profesionales en la atención a pacientes con trastornos de salud mental, a partir de los siguientes objetivos específicos:

- ❖ Describir cómo las experiencias de placer y malestar influyen en el trabajo diario de los profesionales en atención a pacientes con enfermedades de salud mental.
- ❖ Interpretar el impacto de las experiencias de placer y malestar en el desempeño y bienestar general de los profesionales.
- ❖ Identificar las estrategias de cuidado utilizadas por los profesionales para gestionar las enfermedades de salud mental.

2. Revisión de literatura

El propósito de este trabajo apunta a establecer el estado del arte respecto a la cuestión de las experiencias de placer y malestar experimentadas por un grupo de profesionales en atención a pacientes con enfermedades de salud mental. Para este fin, se realiza un balance de la literatura y de los estudios encontrados en Scopus, Scielo, Google Scholar, Redalyc y repositorios institucionales relacionados con el tema, a partir de las siguientes categorías: problema, resumen, país, región, propósito, alcance, marcos de referencias/conceptos relevantes, autores relevantes, sujetos de estudio, sujetos clasificación, técnicas e

instrumentos, categorías de análisis/variables, futuros estudios, principales resultados, punto de ruptura (GAP) y, finalmente, categorías.

Para esta búsqueda se utilizó la siguiente ecuación avanzada, rastreada en las plataformas académicas antes descritas: ("mental health" OR "psychological" OR "psychiatry" OR "psychology") AND ("care professionals" OR "healthcare workers" OR "providers" OR "clinicians") AND ("pleasure" OR "satisfaction" OR "enjoyment" OR "positive experience") AND ("discomfort" OR "distress" OR "dissatisfaction" OR "negative experience") AND ("experience" OR "perception" OR "feeling" OR "emotion").

Las experiencias de placer y malestar en el contexto del trabajo en salud mental constituyen un campo de creciente interés para la investigación psicosocial, debido al impacto que tienen en el bienestar de los profesionales y en la calidad de la atención que brindan. Estas experiencias, entendidas como construcciones subjetivas que surgen de la interacción entre las condiciones de trabajo, las relaciones interpersonales y las dinámicas organizacionales, han sido abordadas por autores internacionales como Dejours (1998, 2013, 2016) y latinoamericanos como Orejuela (2019), Gañán-Moreno *et al.* (2021, 2022) y Warr (2013). En particular, la teoría psicodinámica del trabajo ha permitido comprender cómo el sufrimiento y el placer se articulan en la vida laboral, al influir no sólo en la salud emocional, sino también en los procesos de atención, la empatía y la eficacia clínica.

Estudios recientes han mostrado que las condiciones sociales, económicas y culturales inciden de forma directa en los problemas de salud mental de la población. La Gobernación de Antioquia (2020) advierte que los trastornos mentales afectan de forma diferenciada a grupos sociales, especialmente a niños y adolescentes, debido al estrés, los conflictos familiares, el acoso escolar y el fácil acceso a sustancias psicoactivas. Este informe también destaca la importancia de implementar la Ley 1616 de 2013, que reconoce la salud mental como una prioridad nacional y promueve estrategias integrales de atención. En la misma línea, el Ministerio de Salud ha presentado experiencias exitosas de apoyo emocional, formación de redes comunitarias y supervisión institucional, centradas en la humanización del servicio público de salud.

En este camino, Franceschi y Pinheiro (2017) investigaron sobre experiencias de placer y sufrimiento en profesionales de enfermería y reafirman la utilidad de la psicodinámica del trabajo como enfoque explicativo. Según estos autores, el placer se relaciona con la mejora del paciente, el reconocimiento profesional, el trabajo colaborativo y la satisfacción personal. Por el contrario, el sufrimiento se vincula al agotamiento, la muerte, la impotencia y la dificultad para desconectarse emocionalmente. Las estrategias de afrontamiento identificadas incluyen la creación de un ambiente laboral positivo, la toma de distancia emocional, el ejercicio físico y evitar recuerdos dolorosos.

Por su parte, Pérez y Moreno (2020) señalaron la importancia de rediseñar los modelos de atención en salud mental, al pasar de una lógica centrada en el cliente a una experiencia

integral del paciente. La investigación, desarrollada en la Clínica San Juan de Dios de La Ceja (Colombia), propone estrategias de fidelización de pacientes y familiares y plantea la necesidad de una mayor visibilidad de las enfermedades psiquiátricas en el sistema de salud. Gómez y Sanabria (2021) analizaron los efectos de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental, el desempeño y la productividad de los trabajadores. Su estudio denuncia las “lecciones organizacionales no aprendidas”, responsables del malestar y sufrimiento, e identificaron síntomas, consecuencias y mecanismos de defensa ante los cambios abruptos en el entorno laboral. Por otro lado, Piqueras *et al.* (2009), desde un enfoque psicofisiológico, analizaron cómo las emociones negativas como el miedo, la tristeza, la ira y la ansiedad se relacionan con el desarrollo de trastornos mentales y enfermedades físicas. Además, enfatizaron en la necesidad de integrar la gestión emocional en las estrategias preventivas de salud.

A nivel teórico, autores como Bisquerra (2003, 2005) y Pujal *et al.* (2017) coincidieron en destacar la importancia de la educación emocional como herramienta para desarrollar habilidades de afrontamiento, reducir el estrés y mejorar la calidad de vida. Esta perspectiva es clave para interpretar las respuestas emocionales de los profesionales ante las demandas del entorno clínico. La literatura también enfatiza la necesidad de incorporar enfoques éticos, críticos y psicosociales en la atención en salud mental.

Restrepo y Jaramillo (2012) advierten que la salud mental se presenta como un campo de significados múltiples, influido por racionalidades provenientes de la salud pública, la filosofía, la psiquiatría y la antropología. En ese sentido, la concepción de salud mental depende de los marcos ideológicos que la sustentan. Gañán-Moreno *et al.* (2022) complementan este análisis al señalar que el placer y el malestar en el trabajo dependen de la percepción subjetiva del empleado y de las condiciones simbólicas del entorno. Dejours (1998, 2013, 2016), Dejours *et al.* (1994) y Dejours y Gernet (2012, 2014) han sido pioneros en este campo, en Francia, y en América Latina, Orejuela (2019) ha sido un referente clave. Estos autores han explorado cómo el sufrimiento puede somatizarse y cómo el trabajo puede ser fuente tanto de destrucción como de emancipación.

En resumen, podríamos decir que estas investigaciones provienen de países como Colombia, Brasil, Chile, Perú, Uruguay, España y Estados Unidos. En estas se destacan conceptos clave como el *burnout*, el dolor emocional, la precariedad laboral, la psicodinámica del trabajo, la gestión de recursos humanos, la psicoeducación, el trauma institucional y el autocuidado profesional. En ellos, se observa un predominio de estudios cualitativos y mixtos, centrados en comprender fenómenos psicosociales como el bienestar, el sufrimiento y la felicidad desde una perspectiva crítica. Sin embargo, existe una evidente laguna en cuanto a investigaciones que aborden, desde una mirada situada, las experiencias emocionales de los profesionales de salud mental en contextos como el colombiano. Este vacío se torna particularmente relevante ante el incremento de diagnósticos psiquiátricos, el deterioro del sistema de salud pública y la urgencia de fortalecer el cuidado de quienes cuidan.

Ante este panorama, esta investigación —con las variables aquí propuestas— tiene mucho potencial para aportar un panorama al entorno colombiano y demostrar que, ante el incremento de los trastornos mentales, se hace necesario implementar estrategias aún no exploradas en los estudios anteriores. Los resultados de investigación de los estudios antes referidos ayudan a dar solidez y comprensión al tema de la felicidad y la infelicidad en el entorno laboral. Los estudios también proponen revisar y ajustar el modelo de atención actual, para promover una visión más contextual e integral que supere los límites del enfoque biomédico tradicional; por lo que esta investigación se torna teórica y empíricamente pertinente.

3. Metodología

El presente estudio se enmarca en el enfoque cualitativo, entendido como una actividad situada que ubica al observador en el mundo y permite analizar prácticas interpretativas para hacer visible la realidad estudiada (Denzin y Lincoln, 2005). Esta elección responde al interés por comprender el significado que los propios profesionales atribuyen a sus experiencias, sus perspectivas subjetivas y el contexto natural en el que se desarrolló el fenómeno estudiado (Hernández *et al.*, 2006). El tipo de investigación fue descriptivo, en tanto se buscó caracterizar el fenómeno a partir de su naturaleza actual (Tamayo y Tamayo, 2004). En cuanto al aspecto temporal, se optó por un diseño transversal, dado que la recolección de datos se efectuó en un único momento.

El diseño de la investigación fue un estudio de caso en el que se llevó a cabo un análisis profundo en una única organización, donde se recopiló la mayor cantidad de información posible para comprender un conjunto limitado de variables (D'Bruyne *et al.*, 1974), con base en las experiencias de placer y malestar de un grupo de profesionales en atención a pacientes con enfermedades de salud mental. El número de entrevistas estuvo ligado a saturación de datos, según lo establecido por Glaser y Strauss (1967).

3.1 Participantes

Los participantes fueron seis profesionales de una clínica de salud mental ubicada en el municipio de El Carmen de Viboral, en el oriente antioqueño. La muestra se seleccionó de manera intencional, con el criterio de que cada participante tuviera pacientes a cargo, sin restricciones de sexo ni edad. Las entrevistas se realizaron de forma presencial y previa firma del consentimiento informado. En cuanto al manejo ético de la información, a todos los participantes se les proporcionó información detallada sobre el propósito del estudio y sus derechos, en concordancia con las directrices de la American Psychological Association (2017). Los datos sociodemográficos de los participantes se describen a continuación:

Tabla 1. Datos sociodemográficos profesionales de la salud

Nº	Edad	Campo laboral	Modalidad de Trabajo	Antigüedad
1	44	Trabajadora social	Presencial	1 año
2	41	Psiquiatra	Presencial	1 año
3	33	Psicóloga	Presencial	8 años 3 meses
4	36	Terapeuta ocupacional	Presencial	8 años
5	33	Psicóloga	Presencial	3 años
6	43	Psiquiatra pediátrica	Presencial	1 año 4 meses

Fuente: elaboración propia.

3.2 Instrumento

La recolección de información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, a partir de las siguientes categorías de rastreo: experiencias de placer y malestar y su influencia en el trabajo diario de los profesionales en atención a pacientes con enfermedades de salud mental; impacto de las experiencias de placer y malestar en las emociones y bienestar general de los profesionales; estrategias de cuidado utilizadas por los profesionales para gestionar las enfermedades de salud mental. Tal como se ilustra en la siguiente tabla:

Tabla 2. Categorías de rastreo

Objetivos específicos	Categorías de rastreo /Análisis de datos	Subcategorías
Describir cómo las experiencias de placer y malestar influyen en el trabajo diario de los profesionales en atención a pacientes con enfermedades de salud mental.	Experiencias de placer y malestar y su influencia en el trabajo diario de los profesionales en atención a pacientes con enfermedades de salud mental.	Definición y generalidades.
		Placer.
		Malestar.
		Experiencias.
		Emociones.
		Educación emocional
Interpretar el impacto de las experiencias de placer y malestar en el desempeño y bienestar general de los profesionales.	Impacto de las experiencias de placer y malestar en las emociones y bienestar general de los profesionales.	Generalidades
		Atención en la salud
		Interacción entre paciente y profesional
		Desafíos que enfrenta la atención.
Identificar las estrategias de cuidado utilizadas por los profesionales para gestionar las enfermedades de salud mental	Estrategias de cuidado utilizadas por los profesionales para gestionar las enfermedades de salud mental	Salud mental y generalidades.
		Tipos de enfermedades de salud mental
		Cuidado de la salud mental
		Incremento de enfermedades de salud mental.

Fuente: elaboración propia.

3.3 Procedimiento

La investigación se desarrolló en tres fases. La primera consistió en la contextualización teórica que permitió establecer el estado del arte, así como la organización en una matriz de las investigaciones que se han desarrollado en relación con las experiencias de placer y malestar experimentadas por un grupo de profesionales en atención a pacientes con enfermedades de salud mental; seguidamente se construyó el marco teórico.

La segunda fase consistió en el trabajo de campo, en la que se elaboró el instrumento para la recolección de datos (ver anexo 3) y se aplicó a los sujetos que participaron (ver tabla 1). La tercera etapa consistió en la organización, la presentación y el análisis de los datos, empleando un enfoque de análisis categorial de contenido y sentido, apoyado en matrices de análisis estructuradas conforme a los objetivos específicos y al marco teórico (Orejuela, 2020); para ello se agruparon relatos y análisis de las experiencias de placer y malestar, por medio de tres matrices.

Matriz 1. Discurso del entrevistado (evidencia empírica). Matriz 2. Análisis del discurso (evidencia empírica y teórica). Matriz 3. Organización de los datos por categorías (interpretación de los datos). Este enfoque permitió llevar a cabo un examen sistemático del contenido. Para ello, se procedió a la transcripción de las entrevistas; clasificación de los contenidos para ubicación y agrupación de las categorías. Los datos fueron analizados de acuerdo con dichas categorías, extrayendo fragmentos de discurso representativos como evidencia empírica para cada una. Finalmente se construyó la narrativa de los resultados, la discusión y las conclusiones del estudio.

4. Resultados

Los datos obtenidos se presentan a partir de las siguientes categorías de rastreo: experiencias de placer, malestar y la influencia en el trabajo diario de los profesionales en atención a pacientes con enfermedades de salud mental; impacto de las experiencias de placer y malestar en las emociones y bienestar general de las y los profesionales; estrategias utilizadas por estos para gestionar las enfermedades de salud mental.

4.1 Experiencias de placer y malestar

Respecto a la categoría de rastreo sobre las experiencias de placer y malestar, se encontró que los entrevistados refieren que las experiencias de placer son las que generan bienestar y emociones positivas a la hora de tener la atención con los pacientes, en el caso de las experiencias de malestar son las que, al contrario, generan incomodidad, malestar, momentos desagradables o de angustia. Entre las primeras, refieren aspectos como el poder involucrar a la familia en el proceso de recuperación del paciente, el poder ver la mejoría de los pacientes a medida que están en su tratamiento, que sean escuchados y que se pueda mejorar la vida de los pacientes. Entre las experiencias que generan malestar, se informan aspectos como el poco compromiso con la conciencia de la enfermedad, así como la falta de

adherencia por parte de la red de apoyo, el no poder brindar una atención de calidad por el tiempo que se les exige para la atención y cuando los pacientes no se adhieren a las indicaciones del equipo tratante. En relación con las experiencias de placer, los especialistas refirieron distintas vivencias, entre las cuales se destacan:

Realmente el poder involucrar a la familia en el proceso, eso es muy gratificante, dado que el modelo de atención que tenemos en la institución involucra netamente a la familia en pro de la recuperación del paciente. Entonces, cuando la familia se logra vincular, eso genera placer o bienestar [Comunicación personal, Participante 1].

A mí me gusta mucho hacer psicoterapia en mi consulta y en la atención que yo tengo de los pacientes. Procuro siempre hacer muchas intervenciones de psicoeducación, de dar pautas de manejo, de hacer intervenciones terapéuticas para que el paciente pueda tener herramientas en su vida diaria. Que pueda mejorar los síntomas, entonces me da mucho placer y disfrute en mi consulta o atención a pacientes, tener un espacio adecuado de intervención, de diálogo y finalmente pues que ellos se vayan contentos con la atención [Comunicación personal, Participante 2].

Me genera placer ver el avance de los pacientes, la evolución, la mejoría en su cuadro clínico [Comunicación personal, Participante 5].

Entre las experiencias de malestar entregadas por los profesionales se encuentra un balance diferenciado, ya que algunos de ellos indican que han tenido experiencias negativas tales como:

Cuando la familia no comprende la importancia de acompañar, cuando no comprenden el diagnóstico, cuando no siguen las recomendaciones dadas por el equipo, aparecen situaciones que generan mucho malestar [Comunicación personal, Participante 1].

En salud mental uno debe tener mucha tolerancia a la frustración, sobre todo por ejemplo en el tema de adicciones porque los pacientes son mentirosos, manipuladores y no se comprometen. Van a seguir un patrón de comportamiento de recaídas y demás, entonces de pronto, un posible malestar puede ser no contar con un tiempo adecuado para hacer la atención y también que los pacientes no vean el impacto que está teniendo sus síntomas en su vida [Comunicación personal, Participante 3].

Primero, que no haya receptividad de la familia, que no haya un seguimiento de las indicaciones y también todas las dificultades que deben vivir los pacientes y los familiares por el sistema de salud y por las atenciones en general [Comunicación personal, Participante 6].

4.2 Impacto de las experiencias de placer y malestar en las emociones y bienestar general de los profesionales

Los profesionales de la salud mental coinciden en que, en su trabajo, se manejan mucho tipo de emociones que pueden influir en su bienestar. Las más frecuentes son las de sentir felicidad al ver que un paciente cumple su proceso de manera exitosa y se adhiere al proceso, y otra son las emociones negativas, que no son tan placenteras en la atención al paciente y sensaciones que generan ansiedad. Esto en palabras de los entrevistados se ilustra así:

Se experimentan de todas, hay frustración por no poder hacer las cosas bien hacia el paciente, también hay satisfacción porque se logran hacer las cosas. Esto es un tema emocional constante, sin embargo, nosotros como profesionales debemos tener la capacidad de aprender a regular las emociones propias para poder acompañar mejor [Comunicación personal, Participante 1].

En psicología hay un término que se llama transferencia y contratransferencia, eso lo experimentamos mucho los psiquiatras y los médicos que trabajamos con salud mental, la contratransferencia es lo que nos transmite el paciente y nosotros a su vez le transmitimos. Por ejemplo, yo tengo una paciente que me recuerda a una exnovia y la exnovia me fue infiel, se aprovechó mucho de mí, entonces eso es lo que me va a generar esta persona, ese recuerdo de mi exnovia que es para mí molesto, incomodo, triste y de dolor, entonces yo también como profesional de la salud mental tengo que manejar esa emoción y ese sentimiento para que no se vea alterada la objetividad y el profesionalismo en esta relación [Comunicación personal, Participante 2].

Hay emociones positivas, emociones negativas, de discomfort, eso difiere mucho de acuerdo con la patología del paciente, pero en general son emociones bien buenas [Comunicación personal, Participante 5].

Es que han sido emociones placenteras y no placenteras. Muchas también me han generado ansiedad. Más que todo, muchas ansiosas, pero sí hay algunas muy placenteras [Comunicación personal, Participante 6].

4.3 Estrategias de cuidado utilizadas por los profesionales para gestionar las enfermedades de salud mental

El rol de los profesionales de atención en salud mental es fundamental en los procesos de acompañamiento terapéutico, pues constituye una figura clave para la expresión emocional del paciente y para su cuidado. Son ellos quienes ofrecen pautas y herramientas que permiten restablecer el sentido y la motivación en la vida de quienes enfrentan estas enfermedades. Una de las estrategias más relevantes en este contexto es el ejercicio de un rol educativo. Aquí se reconoce que la recuperación no depende únicamente del especialista, sino que involucra activamente a la familia como parte esencial del proceso terapéutico. Esto en palabras de los entrevistados se refiere así:

Yo creo que el modelo de atención de la clínica, que es un modelo de atención multidisciplinario, de un equipo integral, que aborda todas las dimensiones del ser, es supremamente importante y efectivo para el cuidado, porque sin lugar a duda este es el abordaje que tienen que hacer de los pacientes. No podemos hacer que una persona abandone un consumo si está teniendo problemas familiares, si no duerme bien, si está deprimido o si tiene un duelo sin resolver. También me parece que para cuidar del profesional se debe fortalecer los equipos de trabajo, los equipos desde el talento humano, es decir, que sí haya la cantidad de talento humano para cubrir las necesidades de atención de los pacientes y de la cantidad de pacientes que hay en la clínica [Comunicación personal, Participante 1].

Si bien hay muchos retos por ser una atención multidisciplinaria e integral, creo que se logran muchas cosas muy positivas, porque no solamente estamos acompañando o

cuidando al paciente, también se está haciendo acompañamiento a la familia, la cual es la principal red de apoyo del paciente [Comunicación personal, Participante 2].

Este tipo de procesos facilitan intervenciones de psicoeducación dirigidos a los familiares, con el fin de fortalecer su participación en el tratamiento y el cuidado personal. Aspectos como la importancia de la salud mental, la empatía, la objetividad y la hospitalidad deben guiar las intervenciones profesionales y favorecer así una atención integral que fomente el cuidado y la salud. Así lo refieren algunos de los entrevistados:

Para que haya cuidado tiene que haber un equilibrio entre la salud mental y la salud física, mente sana y cuerpo sano. Si yo me cuido desde el ejercicio, con una alimentación y nutrición balanceada, con bienestar físico, así mismo debo cuidar la salud mental. Es importante tener mis espacios de ocio, de recreación, tener mi espacio de hablar con alguien cuando siento que necesito, cuando estoy abrumado, cuando siento que me estoy ahogando en situaciones cotidianas que no se manejar. La salud mental es fundamental para el bienestar de la persona [Comunicación personal, Participante 2].

Total, pues es completamente importante. Como seres humanos de alguna manera, todo se relaciona ¿cierto? Entonces como yo me sienta emocionalmente se va a ver reflejado en mis pensamientos, se va a ver reflejado también en mi aspecto físico y cómo me cuido. Cuando somos conscientes de la necesidad de cuidar nuestra salud mental, también empezamos a cuidar de nosotros en general [Comunicación personal, Participante 3].

Realmente la salud mental es muy importante en todos los seres humanos. Cuando nosotros tenemos alguna dificultad que nos genera ansiedad, que nos genera estrés, que nos genera dolor, tristeza, que no sabemos manejarla, actuamos de manera diferente, de manera impulsiva, no somos el ser que realmente somos siempre, sino que nos convertimos en otras personas totalmente diferentes, entramos en una crisis y no somos capaces de manejarlas, entonces realmente es importantísimo que todas las personas supieran cómo cuidar esa parte de la salud mental [Comunicación personal, Participante 4].

La interacción entre paciente y profesional constituye otro eje clave en la gestión del cuidado. El establecimiento de un vínculo afectivo y emocional se establece como una estrategia eficaz, pues permite generar confianza y sostén durante el proceso terapéutico. Esta interacción debe estar sustentada en una comunicación asertiva, caracterizada por el respeto mutuo y una disposición genuina a comprender al otro. Dado que los trastornos mentales no siempre se manifiestan de forma objetivable mediante pruebas clínicas, el diálogo clínico adquiere un valor diagnóstico central. Así, una comunicación respetuosa con el paciente y su familia resulta indispensable para lograr una adecuada adherencia al tratamiento.

Finalmente, si bien las estrategias empleadas por los profesionales de la salud mental resultan pertinentes y necesarias, es importante visibilizar algunos de los desafíos contemporáneos en el ejercicio clínico. Entre estos, se destaca la presión por lograr intervenciones costo-efectivas, lo cual en ocasiones privilegia la cantidad sobre la calidad del tiempo dedicado a la atención. Este tipo de limitaciones puede afectar negativamente la continuidad y profundidad del proceso terapéutico. Otro desafío relevante es el cuidado de

la salud mental del propio profesional, quien se ve expuesto a una alta carga emocional. A ello se suma la dificultad que enfrentan muchos pacientes para ser incluidos en contextos escolares, laborales o recreativos, situación que genera frustración tanto en ellos como en quienes los acompañan clínicamente. Lo anterior se puede ilustrar en palabras de los entrevistados:

Yo sin temor a equivocarme diría que no se nos olvida a quienes atendemos pacientes, que también somos seres humanos, ¿cierto? Y que estamos atendiendo un ser humano, o sea, que sea una atención de calidad no automatizada, con presencia, con conciencia, con mucha responsabilidad por el otro, pues y por mí también en ese acompañamiento [Comunicación personal, Participante 2].

Un desafío ahorita es la parte de costo-efectividad, de tiempos, de urgencias de atenciones, de cantidad más que calidad, entonces me parece que la parte del tiempo en la atención es un desafío porque cada vez en diferentes áreas hay menos tiempos de atención, hay más necesidad de resultados inmediatos [Comunicación personal, Participante 3].

Primero, que haya oportunidad en la atención, que haya oportunidad en las consultas, en las atenciones, que en la parte farmacológica se le entregue los medicamentos y que haya un acompañamiento familiar [Comunicación personal, Participante 6].

5. Discusión

Los hallazgos de este estudio permiten establecer un diálogo relacional entre las experiencias empíricas de los profesionales de la salud mental y los referentes teóricos revisados. La literatura muestra que las experiencias de placer y malestar están profundamente entrelazadas con las condiciones de trabajo, la subjetividad de los profesionales y las exigencias del contexto institucional (Gañán-Moreno *et al.*, 2022; Dejours, 2013). En coherencia con esto, los testimonios recogidos reflejan una marcada tensión entre la satisfacción por los logros terapéuticos y el malestar-sufrimiento derivado de las limitaciones estructurales del sistema de salud. Como lo indica una de las personas entrevistadas: “[...] Un desafío ahorita es la parte de costo-efectividad, de tiempos, de urgencias de atenciones, de cantidad más que calidad.” [Comunicación personal, Participante 3].

Por otro lado, desde el marco teórico, autores como Bisquerra (2003, 2005) y Pujal *et al.* (2017) han destacado el papel central de las emociones en los procesos de aprendizaje, intervención y cuidado, al señalar que la educación emocional es un componente esencial en la gestión del bienestar subjetivo de los profesionales. Este aspecto fue ampliamente confirmado por los participantes, quienes reconocen la necesidad de autorregular sus emociones para brindar una atención ética, empática y profesional. Así lo señala el Participante 1: “se experimentan de todas, hay frustración [...] nosotros como profesionales debemos tener la capacidad de también aprender a regular las emociones propias” [Comunicación personal].

Además, se reafirma la importancia del vínculo terapéutico como espacio de contención afectiva y herramienta diagnóstica fundamental. La teoría psicodinámica del trabajo de Dejours, (1994, 2016) sostiene que el placer laboral se activa cuando el profesional puede transformar el sufrimiento en acción con sentido. Esto se refleja en las narrativas sobre el acompañamiento efectivo, el reconocimiento del paciente y la participación de las familias. “Cuando la familia se logra vincular, eso genera placer o bienestar” [Comunicación personal, Participante 1].

Por otro lado, los datos empíricos muestran que el malestar surge en contextos de falta de corresponsabilidad, precariedad institucional y dificultad para lograr adherencia terapéutica. Estas condiciones están en consonancia con lo planteado por Gómez y Sanabria (2021) quienes advierten que las lecciones organizacionales no aprendidas incrementan el sufrimiento subjetivo y afectan la productividad. También lo confirma el testimonio de uno de los participantes: “me parece complejo cuando no hay corresponsabilidad en la atención [...] eso puede generarme un poco de malestar” [Comunicación personal, Participante 5].

Finalmente, los resultados permiten ratificar que las estrategias de cuidado desplegadas por los profesionales, tales como la escucha activa, la psicoeducación, el acompañamiento familiar y la construcción de relaciones empáticas son coherentes con las recomendaciones teóricas sobre atención humanizada en salud mental (Franceschi y Pinheiro, 2017). No obstante, persiste el desafío de cuidar a quien cuida, ya que el desgaste emocional y la carga afectiva continúan siendo temas insuficientemente abordados desde la gestión institucional.

En resumen, los resultados del estudio muestran que el cuidado, tal como es vivido por los profesionales de la salud mental, se configura como una práctica relacional atravesada por una fuerte carga afectiva, en la que se entrelazan la satisfacción por los logros terapéuticos y el malestar derivado de las limitaciones institucionales y de la falta de corresponsabilidad por parte de pacientes y familias. Desde la psicodinámica del trabajo, estas experiencias pueden interpretarse como expresión de la tensión entre el trabajo prescrito y el trabajo real, en la medida en que los profesionales deben movilizar recursos subjetivos no previstos por la organización para sostener el vínculo clínico y dar sentido a su acción. En coherencia con lo planteado por Dejours (2016), el placer emerge cuando el cuidado logra ser reconocido por el paciente, la familia o el equipo, y se transforma en una acción eficaz desde el punto de vista simbólico, mientras que el malestar aparece cuando dicho reconocimiento se ve obstaculizado por la presión del tiempo, la lógica de costo-efectividad o la baja adherencia terapéutica.

En este sentido, los testimonios evidencian que el cuidado no sólo implica una tarea clínica, sino un trabajo emocional e intersubjetivo que expone al profesional a una sobrecarga psíquica sostenida, confirmando que el sufrimiento no proviene únicamente del contacto con la patología, sino de la imposibilidad de realizar un cuidado conforme a los ideales

profesionales. Así, los hallazgos empíricos respaldan la tesis de que el cuidado constituye un trabajo invisible cuya calidad depende de las mediaciones colectivas e institucionales disponibles para elaborar el impacto afectivo de la tarea (Dejours *et al.*, 1994; Dejours y Gernet, 2012; Orejuela, 2019).

6. Conclusiones

Esta investigación partió del interés de analizar las experiencias de placer y malestar experimentadas por un grupo de profesionales en atención a pacientes con enfermedades de salud mental. En relación con la categoría ‘experiencias de placer y malestar y su influencia en el trabajo diario de los profesionales en atención a pacientes con enfermedades de salud mental’, ligada al primer objetivo, se encontró que las experiencias de placer identificadas en los profesionales de la salud mental se asocian principalmente con la generación de bienestar y emociones positivas durante la atención a los pacientes, especialmente cuando se logra involucrar a la familia en el proceso terapéutico, cuando se evidencia la mejoría clínica, cuando los pacientes se sienten escuchados y se percibe un impacto favorable en su calidad de vida. Estas vivencias fortalecen el *engagement* en el trabajo y la satisfacción en el ejercicio clínico.

En resumen, estas experiencias están acompañadas de un amplio repertorio emocional, en el que coexisten la felicidad ante los logros terapéuticos y emociones negativas como la ansiedad, la angustia y la frustración ante la falta de conciencia. En este contexto, la educación emocional surge como una estrategia fundamental, no sólo para el reconocimiento y la regulación de las propias emociones por parte de los especialistas, sino también como herramienta psicoeducativa para los pacientes, especialmente en poblaciones vulnerables, orientada a favorecer la comprensión y el manejo adaptativo de sus estados emocionales.

En relación con la categoría ‘experiencias de placer y malestar en las emociones y bienestar general de los profesionales’, ligada al objetivo 2, se encontró que el rol de los profesionales de la salud mental se configura como un eje fundamental en el proceso de acompañamiento terapéutico, en tanto posibilita la expresión emocional de los pacientes y la construcción de sentidos que favorecen la recuperación y el restablecimiento de la motivación vital. Este rol adquiere un carácter eminentemente educativo, en la medida en que el proceso terapéutico no recae exclusivamente en el especialista, sino que requiere la participación de las familias como soporte esencial en el tratamiento. La atención en salud, desde esta perspectiva, debe sustentarse en la escucha activa, el reconocimiento de las necesidades del paciente y su diagnóstico, la psicoeducación a la familia, la empatía, la objetividad y la hospitalidad, así como en la entrega oportuna de la medicación, condiciones indispensables para la adherencia y continuidad del proceso terapéutico.

La interacción entre paciente y profesional se reconoce como un elemento vital, que debe estar mediado por una comunicación asertiva, una disposición genuina al encuentro y

una relación basada en el respeto, tanto hacia el paciente como hacia su familia, especialmente la considerar que muchos diagnósticos en salud mental se construyen a partir del diálogo clínico más que de pruebas objetivables. Finalmente, se identifican desafíos relevantes asociados a las lógicas de costo-efectividad que privilegian la cantidad sobre la calidad del tiempo de atención, asociados también al cuidado de la propia salud mental del profesional ante la alta carga emocional del acompañamiento y a las dificultades de inclusión social, educativa, laboral y recreativa que enfrentan las personas con diagnósticos en salud mental que continúan siendo una fuente significativa de malestar.

En relación con la categoría 'estrategias de cuidado utilizadas por los profesionales para gestionar las enfermedades de salud mental', ligada al tercer objetivo, se encontró que los programas de salud mental bien estructurados, con enfoque comunitario, acompañamiento familiar, articulación interinstitucional y fortalecimiento del talento humano favorecen la recuperación, al tiempo que factores como el entorno terapéutico inciden positivamente en el proceso. Se resalta la importancia de la prevención, la psicoeducación y los hábitos saludables como estrategias clave frente al incremento de los trastornos mentales, asociados al consumo temprano de sustancias, el estrés, la baja tolerancia a la frustración y la vulnerabilidad familiar.

El trabajo hace énfasis en la salud integral que no depende únicamente del bienestar físico, sino también del equilibrio emocional, pues una adecuada salud mental se refleja en la motivación, la energía y el funcionamiento general de las personas. Los principales retos del cuidado identificados por los profesionales se relacionan con los errores diagnósticos, la construcción de conciencia de enfermedad en pacientes y familias, el estigma social y médico, así como la modificación de hábitos de vida.

En relación con el problema de investigación que orientó este trabajo, se puede decir que el estudio muestra que las experiencias de placer y malestar de los profesionales en salud mental son complejas, interdependientes y moduladas por factores subjetivos, institucionales y relacionales. Reconocer y legitimar estas vivencias es fundamental para avanzar hacia modelos de atención más integrales, sensibles y sostenibles en el campo de la salud mental, en los que se cuide del profesional al igual que del paciente. Se hace necesario, por tanto, promover el autocuidado profesional (Benito *et al.*, 2020), fortalecer las redes de apoyo emocional en las instituciones y profundizar en investigaciones que visibilicen la experiencia emocional de quienes cuidan.

En relación con las limitaciones de este estudio, se reconoce que, si bien se realiza de manera sistemática, rigurosa, consistente y entrega datos valiosos e inéditos para el campo de investigación, no está exento de limitaciones. En este caso, las limitaciones identificadas en este estudio tienen que ver con el número de entrevistas, con el corte de la investigación y con el período. En cuanto a las recomendaciones para investigaciones futuras se sugiere que próximos estudios podrían realizar estudios comparativos, aumentar el número de

entrevistas, utilizar métodos mixtos, comparar estudios nacionales e internacionales. Además, continuar la pregunta de quién cuida al cuidador cómo un problema mundial, ya que además existe una feminización en los cuidados y esto podría ser causal de incremento en las brechas de desigualdades de género, tal como lo encontró Pujal *et al.* (2017).

Referencias bibliográficas

1. American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
2. Andrade, G. (2015). “Hacer trampita” para sobrevivir: Significaciones sobre el tratamiento de la depresión en atención primaria. *Psicoperspectivas*, 14(3), 117–127. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol14-Issue3-fulltext-603>
3. Arango, C. A. (2010). Los vínculos afectivos y la estructura social: Una reflexión sobre la convivencia desde la red de promoción del buen trato. *Investigación & Desarrollo*, 11(1), 70–103. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/view/1149>
4. Augusto, M., Gonçalves de Freitas, L., & Magnólia Mendes, A. (2014). Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. *Psicologia em Revista*, 20(1), 34–55. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2014v20n1p34>
5. Benito, E., Rivera, P., Yaeger, J. P. & Specos, M. (2020). Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *Apuntes de Bioética*, 3(1), 72–88. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.399>
6. Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7–43. <https://revistas.um.es/rie/article/view/99071>
7. Bisquerra, R. (2005). La educación emocional en la formación del profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 95–114.
8. Blanco, A. (2024). *La emoción y sus componentes*. Grupo Leide.
9. Carballo, K., López, E., Ramírez, C. y Vásquez, M. (2021). *Programas y estrategias para el fortalecimiento de la salud mental en personal de la salud* [Monografía de especialización, Universidad CES]. Repositorio Institucional Universidad CES. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5985>
10. Carvajal, C. (2017). El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática: Algunas reflexiones. *Revista Médica de Chile*, 145(12), 1572–1578. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017001201572>
11. Corgozinho, M. M., Barbosa, L. O., Araújo, I. P. de y Ferreira de Araújo, G. T. (2020). Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. *Revista Bioética*, 28(2), 249–256. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282386>
12. Cruz, J. de J. (2017). El concepto de experiencia en Víctor W. Turner, E. P. Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología. *Sociología Histórica*, (7), 345–375. <https://revistas.um.es/sh/article/view/269621>

13. D'Bruyne, P., Herman, J. y de Schoutheete, M. (1974). *Dinámica de la investigación en ciencias sociales*. Prensa Universitaria de Francia.
14. Dejours, C. (1998). *Souffrance en France: La banalisation de l'injustice sociale*. Éditions du Seuil.
15. Dejours, C. (2009). *Trabajo y sufrimiento: cuando la injusticia se hace banal* (B. Díez, Trad.). Modus Laborandi.
16. Dejours, C. (2013). *Trabajo vivo II: trabajo y emancipación*. Topia Editorial.
17. Dejours, C. (2016). *Sufrimiento en el trabajo: itinerario teórico en psicopatología del trabajo*. Topia Editorial.
18. Dejours, C. & Gernet, I. (2012). *Psychopathologie du travail et clinique de l'activité*. Elsevier Masson.
19. Dejours, C. & Gernet, I. (2014). *Psicopatología del trabajo* (G. Neffa, Trad.). Miño y Dávila.
20. Dejours, C., Abdoucheli, E. & Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho*. Atlas.
21. Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2005). *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed.). Sage Publications.
22. Dewey, J. (1934). *Art as experience*. Minton, Balch & Company.
23. Dilthey, W. (1957). *Selected writings* (H. P. Rickman, Ed.). Cambridge University Press (trabajo original publicado en 1910).
24. Franceschi, M. y Pinheiro, M. L. (2017). Experiencias de placer y sufrimiento en el trabajo de enfermería: Una mirada desde la teoría psicodinámica del trabajo. *Revista Alternativas en Psicología*, 38(2), 45–62. <https://alternativas.me/attachments/article/122/Experiencias%20de%20placer%20y%20sufrimiento%20en%20el%20trabajo%20de%20enfermeria.pdf>
25. Gañán-Moreno, A., Moreno-Cabezas, S. C. y Orejuela-Gómez, J. (2022). Reflexiones críticas sobre las teorías de placer, sufrimiento y malestar desde la psicodinámica y las clínicas del trabajo. *Psicoespacios*, 16(28), 1–9. <https://doi.org/10.25057/21452776.1456>
26. Gañán-Moreno, A., Soto-Hincapié, E., Pérez-Cortés, L. M., Orejuela-Gómez, J. J. y Moreno-Cabezas, S. C. (2021). Placer y sufrimiento en el desarrollo del trabajo de grado. *Cultura, Educación y Sociedad*, 12(2), 113–130. <https://doi.org/10.17981/cultedusoc.12.2.2021.07>
27. Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.
28. Gobernación de Antioquia. (2020). *Salud mental: Capítulo VII*. Gobernación de Antioquia.
29. Gómez, H. F. y Sanabria, P. A. (2021). *Vivencias de malestar derivados de las lecciones no aprendidas en el contexto del trabajo organizado* [Trabajo de grado, Universidad EAFIT]. Repositorio Institucional EAFIT. <https://repository.eafit.edu.co/server/api/core/bitstreams/c80a1e07-ae7a-4714-9db4-bc88b116fdbb/content>
30. Larrosa, J. (2006a). Sobre la experiencia I. *Revista Educación y Pedagogía*, 18. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistaeypp/article/view/19065>
31. Larrosa, J. (2006b). Algunas notas sobre la experiencia y sus lenguajes. *Estudios Filosóficos*, 55, 467–480. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2140914>

32. Maslach, C. & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
33. Mendes, A. M. (2007). *Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisas*. Casa do Psicólogo.
34. Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86–95. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>
35. Miranda, G. y Pino, G. (2025). Sufrimiento laboral en profesionales de la salud mental de atención primaria en Chile. *Teuken Bidikay*, 16(27). <https://doi.org/10.33571/teuken.v16n27a5>
36. Morales F., G., Pérez E., J. y Menares N., M. A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología*, 12(1), 9–25. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2003.17293>
37. Moreno, A. y Fernández, A. (2023). Retraumatización en los servicios de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(144), 17–45. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352023000200002>
38. Orejuela, J. (2014). *Psicología de las organizaciones y del trabajo: Apuestas de investigación*. Universidad de San Buenaventura.
39. Orejuela, J. (2019). *Clínica del trabajo: El malestar subjetivo derivado de la fragmentación laboral*. Editorial EAFIT.
40. Orejuela, J. (2020). *Investigar sin angustia*. Editorial EAFIT. <https://www.eafit.edu.co/investigacion/noticias/PublishingImages/Paginas/en-la-u-se-estudia-la-ciencia-de-investigar/investigar-sin-angustia-la-ciencia-de-investigar.pdf>
41. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *mhGAP: Mental health gap action programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*.
42. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
43. Osorio, L., Medina, M. M., Cantillo, P., Medina, A., Cuartas, A. y Guaqueta, A. (2022). Diseño, validación y pilotaje de un programa para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en las organizaciones. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.18270/chps.v22i1.4034>
44. Ossa-Cardona, J. L., & Alzate-Sánchez, K. A. (2024). La conexión salarial: más allá de los números, una relación psicológica. Efectos de la compensación salarial en el *engagement* del empleado. *Revista CEA*, 10(24), e3041. <https://doi.org/10.22430/24223182.3041>
45. Pérez, A. y Moreno, J. A. (2020). *La experiencia del cliente como modelo de atención en salud mental* [Trabajo de grado]. Repositorio CES. <https://repository.ces.edu.co/items/ff34c84f-ad02-42c0-9f9c-d44c8dabdf70>
46. Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E. y Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85–112. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
47. Pujal, M., Mora, E., & Schöngut, N. (2017). Fibromialgia, desigualdad social y género. *Duazary*, 14(1), 70–78. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1745>

48. Pujol, A., Gutiérrez, I. y Barnes, F. (2015). Cuidar y cuidarse en el trabajo: Contribuciones desde una perspectiva clínica. En A. Pujol & I. Gutiérrez (Comps.), *Trabajo y subjetividad: Indagaciones clínicas* (pp. 117–132). Simposio TAS 2014 – Universidad Nacional de Córdoba.
49. Restrepo O., D. A. y Jaramillo E., J. C. (2012). Concepciones de salud mental. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202–211. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.1076>
50. Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.
51. Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos*. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
52. Tamayo y Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica*. Editorial Limusa.
53. Thompson, E. P. (1981). *The making of the English working class*. Penguin Books.
54. Turner, V. W. & Bruner, E. M. (Eds.). (1986). *The anthropology of experience*. University of Illinois Press.
55. Warr, P. (2013). Fuentes de felicidad e infelicidad en el trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29(3), 99–106. <https://doi.org/10.5093/tr2013a14>

Para citar
este artículo:

Ocampo Tabares, L.M., **Ossa**-Cardona, J.L. y **Alzate**-Sánchez, K.A. (2026). ¿Quién cuida a quien cuida? Experiencias de placer y malestar en profesionales de la salud mental. *Teuken Bidikay*, 17(28). Doi: 10.33571/teuken.v17n28a6

E27A12GE*MARodríguez