

SÍNDROMES TRAUMÁTICOS SECUNDARIOS:

El daño del operador en el trabajo con personas víctimas.

Introducción

Hasta no hace mucho tiempo, los operadores sociales y en particular aquellos que trabajamos en el tema violencia familiar transitamos un camino para comprender el **riesgo**¹ en el que vivían las personas que sufren maltrato social y/o familiar. Trabajamos, asumiendo una cierta inmunidad, desde conceptualizaciones resistidas, en ambientes hostiles y con temáticas agobiantes, como si identificar el riesgo en los otros no tuviera consecuencias también sobre nuestras vidas. Sin embargo, la aplicación y desarrollo del cuerpo teórico implicaba necesariamente un posicionamiento diferente del operador frente a las personas atendidas, y esta postura nos cambió el estilo de la práctica profesional poniéndonos en un lugar de mayor implicación y por ende de mayor riesgo .

Somos las personas a las que se les delega que resuelvan o tomen determinaciones sobre graves conflictos socio-familiares, sobre la vida de niños, niñas o adultos que han visto vulnerados sus derechos. Esta responsabilidad conlleva un alto grado de exposición, no siempre percibido o asociado a la actividad por sí mismo o por terceros, que oscila, en los hechos, entre situaciones de daño físico grave (ataques por parte de sujetos violentos a la persona del operador) hasta serios cuestionamientos en diferentes ámbitos sobre la validez de los fundamentos y aún de los objetivos de la intervención, con el consiguiente daño a su identidad profesional. Una de las premisas básicas del desempeño de esta tarea es la necesidad de respuestas múltiples que requieren de otros actores con formación diferente o no específica en la temática, y marcos teóricos no siempre compatibles.

¹ **Riesgo:** de latín *resicare*, contingencia o proximidad de un daño. Cada una de las contingencias de la que puede ser objeto de un contrato de seguro. **A riesgo y ventura:** dicese de las empresas que se acometen o contratos que se celebran sometidos a influjo de suerte o evento, sin poder reclamar por la acción de estos. **Correr riesgo:** estar una cosa expuesta a perderse o a no verificarse. (Según Diccionario de la Real Academia Española Vigésima edición, abril de 1997, Madrid, España. Editorial Espasacalpe.

Si bien esto obliga a un debate que es enriquecedor y puede agregar eficacia a las intervenciones, también trae aparejado una tarea de sensibilización de otros operadores, de revisión de prejuicios permanente, que se suma al objetivo primordial que es la protección y el amparo de las personas asistidas. Sabiendo que de no hacerlo se maximiza el daño hasta el punto de visualizar, en ocasiones, que una decisión tomada desde un prejuicio no removido puede implicar la muerte.

Toda esta tarea y sus implicancias han alcanzado a un alto número de sectores profesionales y sociales que comenzaron a identificar más tempranamente la vulneración de derechos y a solicitar ayuda y orientación ante la sospecha de situaciones abusivas. Pero este progreso en el reconocimiento social tiene como contraparte un incremento de la demanda de atención en servicios que si bien hace diez años no existían, en la actualidad están despojados, no convalidados o sostenidos adecuadamente, recayendo sobre las personas y no sobre las instituciones el Interés, la decisión y la responsabilidad de su mantenimiento y eventual desarrollo.

Así, en escenarios desoladores (espacios reducidos, sin privacidad, no acondicionados para la tarea), sometidos a los vaivenes tormentosos de administraciones erráticas o especulativas, reescribimos historias de terror y dolor con la ideal intención de conferirles ese matiz técnico necesario para que sean escuchadas y creídas por aquellos y aquellas que deben proteger a las víctimas, sin percibir claramente en qué medida nos impacta este rol en el que ambas partes depositan sus expectativas de resolución.

Actores y guionistas, tramoyistas y productores del drama familiar desencadenado sin otro recurso que nosotros mismos.

Conceptualización:

Es necesario en primer lugar realizar una recorrida breve por ciertos conceptos utilizados usualmente en la bibliografía disponible, que nos permitirá arribar a una comprensión más acabada del tema que nos ocupa.

1- Stress

El primero de estos conceptos clave es **estrés**, descripto por Cannon² en 1929 como una reacción de lucha o huida ante situaciones amenazantes, postulando que su biología dependía de la estimulación del sistema simpático adrenal. El mismo engloba una serie de respuestas estereotipadas que todo organismo pone en marcha, como consecuencia a estímulos capaces de alterar el delicado equilibrio homeostático, tendientes a restablecer dicho equilibrio, por medio de procesos de autorregulación.

Hans Selye, años más tarde planteó que la respuesta al estrés no era específica y propuso hablar de un “síndrome general de adaptación” (SGA).

Esta reacción es totalmente inespecífica en relación al estímulo desencadenante, pone en juego todos los sistemas y aparatos y tiende a la protección de aquellos esenciales para la supervivencia.

Cualquiera puede encontrar a lo largo de su vida la percepción de los efectos de este síndrome recordando la taquicardia, el aumento de flujo vascular y frecuencia respiratoria, la focalización de la atención, la mayor agudeza visual, el agotamiento muscular posterior al evento estresante, etc.

En general, el organismo humano se encuentra preparado para una respuesta rápida ante un desencadenante agudo, tendiendo a restablecer rápidamente los patrones de funcionamiento.

En 1974, el mismo Selye diferenció entre dos procesos, reservando el concepto de estrés para designar al sistema de respuesta normal con el cual convivimos (conductas de afrontamiento o coping) y el de **distrés** como un sistema de respuesta anormal, disfuncional o patológica (conductas de confrontación).

Existen cuatro modalidades de respuesta primaria al estrés:

² López Mato Andrea. Vulnerabilidad genética y adquirida al estrés. Simposio Gador. Vulnerabilidad al estrés, ansiedad y depresión. X Congreso de la Asociación Argentina de psiquiatras (AAP) Bs. As. 21 de octubre de 2000.

- De afrontamiento de la situación (fight)
- De huida (flight)
- De desmayo (faint)
- De parálisis (freeze)

Es decir, nos preparamos para la lucha o para la huida, como mecanismo primitivo de sobrevivencia, o bien no respondemos utilizando mecanismos temporarios de huida de nosotros mismos.

Cuando esto no es posible, por la persistencia del estímulo o la falta de recursos disponibles para una respuesta inmediata, comienzan a aparecer los efectos de agotamiento de la respuesta y desadaptación, tales como fatiga progresiva, alteraciones del sueño, dolores musculares, alteraciones de patrones hemodinámicos, inadecuado metabolismo neuroendocrino, etc.

En síntesis, podríamos decir que el estrés es un maravilloso mecanismo de seguridad del organismo, que prevé la protección y rápida salida de situaciones hostiles del ambiente, asegurando la supervivencia, pero homeostático sólo a situaciones agudas y breves.

A pesar de que la descripción de esta respuesta ha partido desde lo biológico, no es posible dejar de considerar los componentes psicológicos ante el estrés, así como las características de aquellas condiciones vividas como estresantes (estresores)

El **estrés psicológico** puede definirse como todo proceso originado tanto en el interior como en el exterior de la persona, que implica un apremio o exigencia adaptativa sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere la activación de los mecanismos psicológicos de defensa.

Deberá diferenciarse esto, de la tensión emocional que genera la exploración y búsqueda de respuestas para la adaptación y/o cambio de la realidad que produce en los individuos una percepción de satisfacción y desarrollo personal.

Los **estresores** son acontecimientos objetivos, verificables e independientes de la conciencia individual, que afectan a las personas en sus diferentes ámbitos vitales e interactúan entre sí de forma dinámica. Según Mason, (1968) el estresor debe ser inédito, y para producir una respuesta debe haber sido previamente evaluado

cognitivamente por el individuo. Es decir que no influye tanto el estresor en sí mismo, sino la evaluación cognitiva simbólica que se realice de esa situación de amenaza.

Nuevamente en este caso podemos ver que el estrés no es una enfermedad en sí misma, y que tampoco puede establecerse una relación lineal entre estresores y patologías psicofísicas.

Podríamos decir ahora que el estrés refleja la interacción de por lo menos tres factores:

1. .- El entorno
2. .- La percepción que las personas tienen respecto a ese entorno, relacionada con la personalidad y experiencias previas
3. .- La percepción de los recursos personales para enfrentar las demandas del entorno³

Sin embargo, tal como mencionamos antes, la no resolución de situaciones estresantes, puede producir alteraciones permanentes o semi-permanentes de la salud, sobre todo cuando impactan sobre personas más lábiles o vulnerables, ⁴ o cuando la calidad del estresor o su multiplicidad, coexistencia y/o prolongación en el tiempo superan las posibilidades de afrontamiento del individuo.

Aparece entonces angustia y ansiedad, como manifestaciones de la pérdida del control personal y de la autoeficacia y conductas disfuncionales tendientes a alcanzar el control de la situación.

Cuando los intentos adaptativos fracasan en el control del estímulo estresante se produce fatiga, aumento de los niveles de ansiedad, depresión y hostilidad y peor rendimiento en las tareas por desmotivación, deterioro cognitivo y alteración conductual cognitiva.

2- Trauma

³ Cazabat, E y Costa E: "Stress: la sal de la vida?" En: Cámara,M.et al (Editores) Avances en medicina Ambulatoria 2000. Bs. As. Sociedad Argentina de medicina. 2000. Pág. 117-125.

⁴ Se han estudiado las características de las personas más predispuestas, sintetizadas en las características de personalidad de tipo A que comprenden: Sentido de urgencia, impulso agresivo para hacer bien las cosas y alto nivel de competitividad y hostilidad.

Los términos trauma y traumatismo ya eran utilizados antiguamente en medicina y cirugía. **Trauma**, (del griego herida, y derivado de perforar) designa una herida con efracción; **traumatismo** se reservaría más bien para designar las consecuencias sobre el conjunto del organismo de una lesión resultante de una violencia externa. En medicina, estos dos términos se tienden a usar como sinónimos. El psicoanálisis ha recogido estos términos trasladando al plano psíquico las tres significaciones inherentes a los mismos: 1) choque violento, 2) efracción y 3) consecuencias sobre el conjunto de la organización.⁵ El concepto de traumatismo remite, como el propio Sigmund Freud indicó, a una concepción económica: “llamamos así a una experiencia vivida que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético”⁶

Cabe destacar que si bien el trauma siempre estuvo presente a lo largo de la historia de la humanidad, y aunque sus reacciones frente al mismo han sido observadas desde hace más de un siglo, fue recién en las últimas dos décadas - sustentado básicamente en los movimientos pacifistas y en los movimientos contra la violencia doméstica y sexual- que se ha extendido y generado un interés particular en el estudio del Trauma psicológico, sus consecuencias y su tratamiento.⁷

3- SPT

En el año 1980 se incorpora al DSM III (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) el diagnóstico de **Trastorno por estrés post Traumático** (PTSD por sus siglas en inglés) diferenciando dos categorías: a) trastorno por estrés postraumático agudo y b) crónico o retrasado. En dicho manual consideran que “el rasgo esencial es el desarrollo de síntomas característicos que siguen a un

⁵ Laplanche, J. y Pontalis, J. B. Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor S.A. Segunda edición, Barcelona, España, 1968.

⁶ Freud Sigmund, Conferencias de Introducción al Psicoanálisis, de 1916/1917 Tomo XVI, Amorrortu Editores. Buenos Aires, Segunda reimpresión, 1989.

⁷ Cazabat, Eduardo H. Desgaste por Empatía: las consecuencias de ayudar. Disponible en [Http://www.geocities.com/cazabat/cf.htm](http://www.geocities.com/cazabat/cf.htm)

acontecimiento psicológicamente traumático que por lo general se encuentra fuera del marco normal de la experiencia humana”⁸

Con la aparición del DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), se produce un cambio de paradigma, poniéndose el acento no ya en la calidad o requisitos para que un determinado hecho pueda ser considerado traumático, sino que ahora lo determinante radica en la reacción de la persona expuesta al hecho traumático. Es decir que podemos hablar de PTSD si “...un individuo se ve envuelto en hechos, es testimonio o conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves” ; y su respuesta a este acontecimiento incluye temor, desesperanza y horrores intensos, o si se trata de niños un comportamiento desestructurado o agitado.

Además, el cuadro sintomático característico secundario de exposición al intenso trauma deberá incluir:

- a) la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático,
- b) de evitación persistente de los estímulos asociados a él y
- c) embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo y de síntomas persistentes de activación (arousal).

Para poder diagnosticar PTSD las características descritas deberán estar presentes más de un mes, y provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. De acuerdo a la duración de los síntomas se podrá hablar de **trastorno por estrés postraumático agudo** (duración inferior a los 3 meses); **crónico** (cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses) y **de inicio demorado**, que indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.⁹

En 1992 Figley propuso redefinir PTSD en su documento “Traumatic Stress Reactions and disorders: Re-configuring PTSD”, argumentando que el desorden

⁸ American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson Editores, Barcelona, España, 1983 (primera edición en español)

traumático primario hace referencia a los directamente dañados, el desorden por estrés traumático secundario representa la afectación de los que ayudan a los afectados directos y que habría un tipo terciario (Tertiary Traumatic Stress Disorder) aplicable a aquellos que brindan supervisión a los cuidadores directos.

4- Factores de riesgo y protectores para el distrés

La mayoría de los síndromes de respuesta desadaptativa a situaciones traumáticas fueron considerados en primera instancia como consecuencia directa de un evento traumático sobre personas normales. Se dio primacía al trauma como agente etiológico, por sobre las condiciones de vulnerabilidad individuales.

Hoy se sabe que no toda la población expuesta a eventos traumáticos desarrolla desordenes de estrés postraumático y que éstos no son la única respuesta psicológica como consecuencia del trauma.

Los elevados niveles de depresión, abuso de sustancias y ataques de pánico obligan a revisar la relación entre síndrome de estrés postraumático y trauma.⁹

Halligan y Yehuda identifican una **serie de factores de riesgo** que agrupan en diferentes áreas:

a.- Ambientales:

- Exposición previa a situaciones traumáticas
- Características de la situación previa
- Factores sociales de rechazo o tolerancia a la situación
- Historia familiar
- Soporte social

b- Demográficos:

- El género (es un factor de riesgo sobresaliente ya que el PTSD es dos veces mayor en mujeres que en varones)
- Bajo nivel educativo
- Pertenencia a minorías étnicas

⁹ Halligan, S y Yehuda, R. Risk Factors for PTSD. The National Center for PTSD. Vermont. USA. (Traducción personal) <http://www.ncptsd.org>

- Status marital

c.- Alteraciones psiquiátricas o de personalidad previas:

- Ansiedad
- Abuso de drogas
- Neurosis
- Conductas antisociales

d.- Aparición de disociación peritraumática:

Si bien aun se discute como factor predictor de riesgo, se ha visto que un alto número de casos de PTSD presentaron síntomas disociativos alrededor del evento traumático. Su aparición podría interpretarse como una estrategia de respuesta desadaptativa ante un trauma infantil o estrés crónico.

e.- Cognitivos:

- Bajo rendimiento intelectual
- Alteraciones en la memoria reciente (Se discute si no podrían tener un origen premórbido)

f.- Biológicos:

- Disminución de niveles de cortisol y glucocorticoides por déficit del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (se discute si su origen puede ser previo.

g.- Genéticos o familiares?:

Existen algunos estudios que parecen mostrar evidencia de transmisión familiar de PTSD. Sin embargo es extremadamente difícil diferenciar factores genéticos de los ambientales. Sí es posible observar efectos intergeneracionales como consecuencia de estrés y trauma en relación a los potentes cambios neurobiológicos y cognitivos de los integrantes afectados.

Como **factores protectores** para las situaciones traumáticas, tanto psicosociales como individuales, la mayor parte de los estudios citan a la

red social significativa como uno de los más importantes, incluyendo tanto el grupo primario (familia), como los grupos ad hoc.

5.-Síndromes de estrés secundarios. Nomenclatura.

A partir del estudio del trauma y sus consecuencias a distancia en las personas que atraviesan situaciones altamente estresantes o dañinas, se ha avanzado en la identificación de los efectos que produce en los operadores sociales, terapeutas y proveedores de soporte emocional que asisten a esas personas desde diferentes roles.

En este proceso se han ido acuñando diversas nomenclaturas, que no en todos los casos remiten a los mismos conceptos.

En un rastreo realizado por Stamm,¹⁰ él identifica cuatro términos utilizados habitualmente para designar la exposición a material traumático de otros en virtud del rol profesional: **"fatiga por compasión"(CF)**, **"contratransferencia" (CT)**, **"estrés traumático secundario" (STS)** y **"traumatización vicaria" (VT)**, incluyendo con un marcado componente organizacional el **síndrome de "burn-out"**.

El concepto de **contratransferencia**, acuñado desde el psicoanálisis, es definido por Sigmund Freud como el “conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste”¹¹. Alude a varias instancias del proceso terapéutico: “nuestras reacciones hacia nuestros pacientes y su material puede dirigir nuestras opciones terapéuticas” “ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas”¹², es decir que cuando el comportamiento del cliente evoca en el operador los conflictos que se relacionan con situaciones no resueltas en la vida del mismo se produce una respuesta

¹⁰ Stamm,B.H: Work-Related Secondary Traumatic Stress. PTSD Research Quarterly. Volume 8. Number 2. 1997. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. Vermont. USA

¹¹ Laplanche, J. Y Pontalis, J.B. Op.cit. 5

¹² Freud S. “El porvenir de la terapia psicoanalítica”1910 Volumen II de las Obras Completas. Ediciones Biblioteca Nueva, Tercera Edición, Madrid.

comprometida con la problemática personal del operador quien experimenta un sentimiento confuso (CT), ajeno a la víctima..”¹³

La diferencia con los otros conceptos, según este investigador, reside en que CF/ STS/ VT, surgen como resultado del trabajo con víctimas de trauma e inducen a cambios específicos en los valores, sentimientos y comportamientos del operador” (Stamm)

Es decir que la contratransferencia puede ser comprendida por fuera del contexto de exposición al trauma, contrariamente al resto de los síndromes que se constituyen en la respuesta particular ante el contacto con material traumático.

Siguiendo a Stamm podríamos decir que: “CT remite más a cómo nuestros pacientes afectan nuestro trabajo con ellos, y CF/ STS/ VT se refiere a cómo nuestros pacientes afectan nuestra vida, nuestras relaciones con nosotros mismos y nuestras redes sociales, tanto como nuestro trabajo”.

El término **burn-out**¹⁴ conocido en español como **síndrome de desgaste profesional (SDP), síndrome del quemado, síndrome de estrés y agotamiento profesional o síndrome de estrés laboral asistencial** fue descrito originalmente por el psicólogo clínico Herbert Freudenberger en 1974¹⁵. Fue Christina Maslach quien empleó el concepto para referirse a la afectación de aquellas personas que trabajan en contacto directo o continuado con la gente y que después de meses o años de dedicación resultaban desgastadas profesionalmente.

La definición más utilizada en la actualidad es la descrita por **Maslach y Jackson (1986)** según la cual se trata de un “**síndrome de agotamiento emocional**”, “**despersonalización**” y “**baja realización personal**”, que puede ocurrir entre los individuos que trabajan con personas. Incluye las tres dimensiones básicas descritas en la definición. El “**agotamiento emocional** se refiere a la sensación de haberse sobrepasado emocionalmente y haber agotado los recursos emocionales.” “La **despersonalización** implica una respuesta negativa, insensible

¹³ Stamm B.H. op. cit. en 10

¹⁴ Del inglés “to burn out”: quemarse, apagarse, fundirse un fusible. Appleton’s New Cuyás Dictionary, New York, 1966.

¹⁵ Freudenberger H.J. Staff Burn Out. Journal of Social Issues 1974; 30: 159-165.

o excesivamente despegada a las personas que suelen ser los receptores del servicio o la asistencia.” “Por último, la **falta de realización personal** se refiere a una menor sensación de competencia y logros en el trabajo.”¹⁶

Otra definición del síndrome de quemarse por el trabajo es la que propone Gil Monte, P.R.¹⁷ como un respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Debido a que ha surgido íntimamente relacionado con el estrés es difícil establecer una clara distinción entre ambos. Las dos diferencias más significativas son: que el burn out es un estrés crónico, experimentado en el contexto laboral y que afecta la identidad profesional y en segundo término que el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida y el burn out siempre tiene efectos negativos.¹⁸

Se trata más de un proceso continuo que de un evento discreto, y constituye el paso final en una progresión de tentativas frustradas para afrontar distintas condiciones estresantes.

Refleja el producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo y los “clientes” o personas asistidas, resultando en el agotamiento de las reacciones adaptativas, la baja disposición de recursos adecuados para amortiguar el estrés que produce el trabajo y la experimentación de una serie de síntomas ante las demandas del entorno laboral del profesional.

Su característica es la aparición progresiva de agotamiento físico y psíquico, con sentimientos de impotencia y desesperanza, extenuación emocional y el desarrollo

¹⁶ Maslach, C. “Burnout” en el Capítulo 34, del Volumen 2 de la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo dirigida por Stellman, J.M.. Oficina Internacional del Trabajo OIT. Edición española Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Madrid, 1998.

¹⁷ Gil Monte, P.R.; El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Disponible en world wide web: <http://www.psycología.com/articulos/ar-pgil.htm>.

¹⁸ Asociación Argentina de Medicina del Estrés (SAMES) Asociación Civil “Una aproximación al burn out: estudio comparativo del caso particular de los Asistentes Sociales del Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires, con asiento en las ciudades de Mar del Plata y Bahía Blanca.ler. Congreso Argentino de Medicina del Estrés, Buenos Aires, 1 y 2 de junio 2001. Disponible en la Worl Wide Web: <http://sames.org.ar/Articulos>

de conceptos y actitudes negativas hacia sí mismo, el trabajo, la vida y los demás, que necesariamente se reflejan en la actividad profesional .

Su rasgo fundamental es el cansancio emocional, la sensación de no poder dar más de sí mismo con el consiguiente aislamiento del entorno como mecanismo protectorio.

La tercera dimensión esencial es el sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al percibir que no es posible dar respuesta a las demandas en la medida esperada. Esta situación puede adquirir formas evidentes o menos obvias, como sensación de omnipotencia, duplicación de esfuerzos o dedicación inagotable, como respuesta neurótica ante la amenaza inconsciente de sentirse incompetente.

Fatiga por compasión (compassion fatigue, CF) traducido también en español como desgaste por empatía, **traumatización vicaria** (VT) y **estrés traumático secundario** (secondary traumatic stress, STS), son términos que se han venido utilizando para nombrar el estrés postraumático sufrido por terapeutas o cualquier otro profesional o trabajador involucrado en el manejo de situaciones altamente estresantes y/o traumatizantes. Figley en 1991 utilizó por primera vez el término Compassion Fatigue con relación al PTSD en su libro “Helping Traumatized Families” definiéndolo como las emociones y conductas naturales que surgen como resultado de enterarse de un evento traumático experimentado por un otro significativo y caracterizado por tres grupos de síntomas: Reexperimentación, evitación y embotamiento psíquico e hiperactivación o hiperarousal, tal como en el PTSD.

Al igual que el burn-out puede incidir en las habilidades para brindar una asistencia efectiva y en el mantenimiento de las relaciones personales y profesionales. La diferencia entre ambos es que el burn-out es un proceso de desgaste progresivo , y la fatiga por compasión es un evento de aparición súbita . Burn-out puede ser un factor de riesgo alto para la aparición de fatiga por compasión.

En cuanto a los conceptos estrés traumático secundario (STS) y trauma vicario (VT), muchos investigadores coinciden en su definición y en la sintomatología que abarcan. Ambos engloban todas las manifestaciones que pueden sufrir las personas relacionadas directa o indirectamente con sujetos víctimas primarias de trauma y pueden contener en su proceso de desarrollo algunas formas de contratransferencia, PTSD, Burn-out y victimización secundaria.

6.- Manifestaciones individuales, interpersonales y laborales de los síndromes traumáticos secundarios.

Dentro de la **esfera individual** se encuentran manifestaciones en los planos físico, psicológico y cognitivo.

Las **manifestaciones físicas** suelen ser ignoradas durante largo tiempo, hasta que alcanzan consecuencias críticas. Los signos más comunes son¹⁹:

- Cambios en los patrones de sueño
- Cefaleas
- Dolores de espalda
- Disturbios gastrointestinales
- Fatiga
- Hipertensión sanguínea
- Cambios en los patrones de alimentación
- Broncoespasmo
- Mayor susceptibilidad para enfermar
- Tendencia a conductas abusivas de alcohol, tabaco y/u otras drogas
- Posibilidad de desencadenar o agravar enfermedades preexistentes como: coronariopatías, asma, colon irritable, úlcera gastroduodenal, psoriasis, herpes, depresión del sistema inmunitario, etc.²⁰

¹⁹ Seymour Anne y otros: "Mental Health Needs, en Academy Project Team; National victim Assistance Academy; Editors: Grace Coleman, Mario Gaboury, Mornna Murray, Anne Seymour. 1999. Disponible en: [http:// www.ojp.usdoj.gov/ovc/assist/nvaa99/welcome.html](http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/assist/nvaa99/welcome.html)

²⁰ Cazabat, E. Y Costa, E: op.cit 3²⁰ Houtman, Irene L.D y Kompier, Michiel A.J. " Trabajo y Salud Mental" en Capítulo 5.de la Enciclopedia General de Salud y Seguridad en el Trabajo. Op.cit en 14.

Los **síntomas psicológicos** pueden incluir:

- Ansiedad
- Irritabilidad
- Cambios repentinos del humor
- Tristeza y depresión
- Baja autoestima
- Repliegue emocional
- Hipersensibilidad
- Agravamiento o desarrollo de enfermedades mentales como: enfermedad bipolar, esquizofrenia, descompensaciones psicóticas, tendencia a la auto o heteroagresión, suicidio, etc.

Los **síntomas cognitivos** que pueden afectar el rendimiento o desempeño habitual del trabajo son:

- Incapacidad para tomar decisiones
- Bloqueo de la creatividad o evaluación de alternativas
- Disminución de memoria
- Dificultades en la concentración

Se pueden reconocer otros signos, con relación al desempeño laboral o a sus relaciones interpersonales, que han sido identificados por operadores de servicios de asistencia a víctimas, entre los que se pueden enunciar:

- Baja en el rendimiento laboral
- Incapacidad para sentir empatía con todas o algunas personas víctimas
- Incapacidad para concretar objetivos
- Constante frustración con la falta de una adecuada remuneración
- Olvidos atípicos como dejar efectos personales, no recordar citas agendadas, etc.
- Discusiones con amigos o familiares por situaciones insignificantes
- Sentirse agobiado con las demandas habituales del trabajo y sentimientos de que este le consume su propia vida
- Falta de capacidad para ver en perspectiva los estresores

- Sentimientos de falta de reconocimiento y respeto por los continuos sacrificios que el trabajo le demanda
- Deseos de encontrar otra tarea asociados a dificultades para concretarlos

Consecuencias directas en la tarea de asistencia:

La búsqueda de reducción del estrés por parte de los operadores puede llevarlos a un mecanismo de repliegue emocional o distanciamiento, cuyo objetivo inconsciente es la evitación de los efectos dañinos sobre sí mismos de las situaciones traumáticas de los pacientes.

Este alejamiento puede llevar a un déficit de empatía que lleve a desarrollar conductas estereotipadas o automáticas que no brindan respuestas particulares a las necesidades de los pacientes, ya que no se establece una genuina conexión.

Esta pérdida es doblemente trágica ya que no solo puede delimitar una intervención inadecuada, sino que impide el enriquecimiento que seguramente ha sido una de las motivaciones fundamentales para ingresar en este campo de trabajo.

En condiciones extremas de impacto del cuadro descripto puede aparecer la denominada "silencing reponse" o respuesta silenciadora (Baranowsky 1997, Danieli 1994)²¹, definida como la incapacidad para atender a las experiencias de los consultantes que resultan abrumadoras, que genera por parte del operador un redireccionamiento de las manifestaciones del paciente hacia material menos estresante para sí mismo.

7.- Quienes son los afectados:

Debemos hacer una primera discriminación entre los factores predisponentes individuales, aquellos inherentes a la tarea, la variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social) y el componente organizacional e institucional.

²¹ Houtman, Irene L.D y Kompier, Michiel A.J. " Trabajo y Salud Mental" en Capítulo 5.de la Enciclopedia General de Salud y Seguridad en el Trabajo. Op.cit en 14.

Los diferentes modelos teóricos-explicativos elaborados desde consideraciones psicosociales para explicar el síndrome de quemarse por el trabajo (burn-out) ponen el énfasis en alguno de estos tres ejes.

Siguiendo a Gil Monte y Peiró ²² pueden identificarse:

Aquellos **modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo**. Se caracterizan por otorgar a las variables del self (por ej.: autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc.) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos más representativos de este grupo es el modelo de competencia social de Harrison (1983). Según este autor, la competencia y la eficacia percibida son variables claves en el desarrollo de este proceso. Un gran porcentaje de personas que se dedican a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación junto con la presencia de factores de ayuda o factores barrera van a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación junto con la presencia de factores de ayuda (por ej.: objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, participación en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos, etc.) aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Si la relación es inversa con referencia a la presencia de factores de ayuda y/o factores de barrera, ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, etc), disminuyen los sentimientos de autoeficacia y con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse por el trabajo.

Un segundo grupo recoge los **modelos elaborados desde las teorías del intercambio social**. En estos se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Gil Monte²³ cita a autores como Buunk y Schaufeli (1993), que plantean una doble etiología

²² Gil Monte, P.R. y Peyró, J.M.. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Editorial Síntesis, Madrid, 1997.

²³ Gil Monte P.R. op.cit 17

como causante del síndrome, a) los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros de trabajo. Identificando para el primer caso tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y la falta de control (posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales). En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, es crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a las críticas o a ser considerado de incompetente.

El tercer grupo considera los **modelos elaborados desde la teoría organizacional**. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Estos modelos ponen el eje en la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Un modelo característico de este grupo es el que propone Winnubst (1993), que resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.

Algunos aspectos organizacionales que incrementan la tensión:

- El aislamiento: La sensación de ser los únicos, o unos de los pocos servicios de asistencia a víctimas, con escasa red de soporte y poca conexión con servicios de otras instituciones
- Falta de poder de decisión
- Falta de oportunidades para el uso de habilidades personales
- Necesidad de responder a las demandas de objetivos generados externamente

- Excesiva demanda (considerado cuantitativa y cualitativamente)
- Necesidad de dedicación full time para la resolución de situaciones complejas, que nunca están contempladas dentro de la retribución
- La desesperanza que generan algunas situaciones altamente complejas a las que no se puede brindar una respuesta rápida ni simple.
- La ausencia de cierre de las situaciones atendidas en crisis, por falta de capacidad operativa o de organización de redes que permitan conocer la evolución de las intervenciones que exceden al servicio en el que se trabaja.
- Conflicto de roles: Habitualmente el profesional requiere desarrollar una multiplicidad de roles, que lo obliga a pasar de ser un contenedor amable y empático a la representación de un papel de defensor de derechos enérgico y aguerrido para que los mismos sean respetados.
- Falta de información adecuada respecto al entorno institucional, que impide prever, programar, conocer recursos y evaluar logros.
- Falta de seguridad económica (estabilidad y adecuación de las remuneraciones) y física (riesgo físico, presencia de peligro)
- Poca valoración de la posición social (por la institución, por terceros y por sí mismo)^{24 25}

Introduciéndonos en la cuestión particular de la asistencia a personas víctimas de violencia y sus consecuencias creemos valioso realizar algunas observaciones sobre factores de riesgo y efectos percibidos, después de más de 10 años de trabajo en la temática en distintos ámbitos.

Con relación a la **cuestión individual**, el primer interrogante que se ha intentado responder desde la investigación es si todos estamos igualmente expuestos a padecer síndromes secundarios de stress o de desgaste profesional. Parece claro que existen algunas características de personalidad que pueden llevar más fácilmente a una persona sometida a un intenso estrés a desarrollar estos cuadros.

²⁴ Seymour. A. Op.Cit. 19

²⁵ Hortman I. Y Kompier M. Op. Cit. 17

Ellas son:

Sensibilidad a los sentimientos y necesidades de los otros

Dedicación al trabajo

Idealismo

Personalidad ansiosa

Elevada autoexigencia

Pertenecer al sexo femenino

No contar con una pareja o tener escaso apoyo familiar

Ser un profesional formado y altamente especializado en una disciplina

La pregunta que surge inmediatamente ante la lectura de estas características, es si no son "cualidades" que esperaríamos encontrar en aquellos operadores que trabajan en áreas de cuidado y asistencia, es decir si aquellos que cuentan con esa sensibilidad especial no son los colaboradores o compañeros de trabajo que deseamos tener o si los elogios que en algún caso recibimos no remiten a nuestro idealismo, sensibilidad y alto rendimiento asociado con la autoexigencia.

Con relación al idealismo, ligado muchas veces a las "causas perdidas", como pueden serlo la defensa de los derechos de las mujeres y los niños, de las personas más vulnerables en sociedades con tendencia al particularismo, el éxito personal y con pérdida progresiva de concepciones solidarias, es necesario reflexionar si no estaríamos transformando la virtud o por lo menos la coherencia con la condición humana, en un déficit individual, que en ocasiones tranquiliza las conciencias de aquellos que no arriesgan su salud y siempre permite argumentar desde un supuesto masoquismo de los idealistas, que: " lo hacen porque les gusta" y en consecuencia no debe ser valorado desde sus remuneraciones o condiciones laborales.

Se produce entonces con gran habitualidad la denominada por Aubert y Gaulejac²⁶ "enfermedad de la idealidad", que más allá de la influencia que pueda producir una tarea en contacto con personas en situación de vulnerabilidad o con daños

²⁶ Giberti, Eva. Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas. Presentado en el Primer congreso Internacional sobre el niño víctima ante los procesos judiciales. Sus Derechos y Garantías, Buenos Aires, 19 y 20 de octubre del 2000.

graves, es producto de una conjunción entre características individuales y el funcionamiento de algunas instituciones.

Incluso, más allá de cuestiones individuales, si los integrantes de la institución logran superar alguna de las condiciones estructurales poco favorecedoras, siempre existe como trasfondo la percepción de que desde la formulación de los enunciados existe una disonancia entre lo real y lo discursivo. “No se puede dejar de atender la violencia familiar y sus consecuencias”, asociado al más bajo presupuesto y las peores condiciones laborales (falta de recursos, falta de supervisión, bajas remuneraciones, excesivo criticismo, falta de estímulos, desprotección legal ante demandas emergidas por la misma tarea, etc.)

Sabemos que desde el punto de vista individual, es necesario tener la “humildad de dotarse de todos aquellos apoyos, guías y condiciones que hacen abordable el desafío” ²⁷ de la asistencia de problemáticas tan graves como las que comprenden las situaciones de violencia dentro de los vínculos intrafamiliares, cualquiera sea su tipo o la persona objeto de la misma. Sin embargo se trata de una condición necesaria pero no suficiente para resguardar a la persona del operador del posible impacto negativo por la tarea.

Respecto a la naturaleza del trabajo se han identificado colectivos profesionales con mayor riesgo de ocurrencia de síndromes traumáticos secundarios.

Se destacan entre todas aquellas actividades relacionadas con el cuidado y protección de personas en situación de vulnerabilidad los profesionales de la salud, docentes, policías, pilotos, bomberos, miembros de equipos de alto rendimiento,²⁸ socorristas, personas dedicadas a tareas en zonas de desastre, jueces y personal de justicia que trabajan con víctimas.

En el caso del trabajo con personas víctimas existen fuentes particulares de estrés que surgen de la necesaria disposición y gran desgaste emocional que produce el contacto con personas que sufren trauma. Dentro de estas situaciones el trabajo con niños que han sufrido repetidamente abusos sexuales u otros

²⁷ Malacrea, M.; “Trauma y reparación, el tratamiento del abuso sexual en la infancia” Editorial Paidós, Barcelona, España, 2000.

²⁸ Palacín, M. “Promover salud en los equipos de trabajo” Prevención e intervención del síndrome del burn-out en los equipos de trabajo. http://www.burcet.net/q/recursos_q_articulos/vburn_out_palacin.htm

abusos, el trabajo con familias con víctimas muertas, la certeza de riesgo de más abusos sobre las personas asistidas incrementan la exposición a situaciones altamente estresantes.

En esas circunstancias la necesaria empatía que permite establecer la relación de ayuda conlleva a vivenciar la magnitud del sufrimiento del otro, y la propia limitación en la posibilidad de reparar el daño, más allá del recurso e idoneidad profesional.

Aquí comienza la ardua tarea del operador para resguardar su persona, su salud y la efectividad de su tarea como una de las formas de cuidar a la persona asistida.

El riesgo inmediato que debe evaluarse en forma permanente y cuidadosa es el límite entre el compromiso necesario y la sobreimplicación (hasta dónde es necesario, cuánto es suficiente).

Una última observación con relación a la naturaleza del trabajo con personas víctimas de violencia familiar es la consideración del rol de contención y preservación de derechos en forma paralela a la tarea de sensibilización, cuestionamiento de prejuicios y docencia en el plano ideológico, que se agrega como una tarea difícil y permanente, que desgasta y obliga a mantener alerta al operador sobre posibles deslizamientos, personales y de otros profesionales con los que interactúa..

En el caso particular de los profesionales de la salud mental, el abordaje de esta problemática requiere de ellos una inversión del modelo de práctica que fuera recibida en la formación de grado. Esta inversión de paradigmas, confronta a los psicólogos clínicos, en especial en el campo del maltrato infanto juvenil, con algunas de las siguientes demandas contradictorias, desarrolladas por la Lic. Alicia Ganduglia en su ponencia del 18 de diciembre del 2000²⁹

- La búsqueda de la realidad material, frente a la subjetiva o construida.

²⁹ Ganduglia A.: Seminario Nacional Políticas Públicas, Salud y Violencia Intrafamiliar. Hacia la formulación de políticas públicas para la protección de los derechos de las niñas, los niños y las mujeres. 18 y 19 de diciembre 2000. Buenos Aires. Ministerio de Salud, Consejo Nacional de la Mujer, Proyecto Regional Piloto contra la Violencia Intrafamiliar.

- La determinación del grado de riesgo de un vínculo versus su funcionamiento simbólico
- La evaluación de la capacidad de protección y credibilidad de los adultos responsables contra la transferencia de confianza mutua que el profesional busca instalar.
- La posibilidad de predicción de conductas de riesgo en oposición a la causalidad retroactiva propia del enfoque psicológico-clínico centrado en la construcción de significaciones.
- La indicación de medidas o tratamientos a seguir sin tener en cuenta la voluntad de los consultantes y que van a veces más allá de lo deseado por el mismo niño que ha sido victimizado.
- La elaboración de informes o la notificación a instancias de control no estrictamente terapéuticas (como tribunales de familia, o los jueces de menores), frente a la confidencialidad que implica el secreto profesional.

Podemos sumar a lo anterior, otros aspectos tales como:

- La tarea requiere que el profesional tenga que “dar cuenta” de su saber. Su opinión es objeto de escrutinio por distintas instituciones, por profesionales de otras disciplinas, con el consiguiente tono adversarial con que muchas veces se abordan estos intercambios.³⁰
- En los casos de abuso sexual y en situaciones graves de otro tipo de maltrato que suelen tener derivaciones penales, no sólo la persona víctima y su entorno familiar deben comparecer a declarar, sino también los profesionales intervinientes. Esta situación de tener que dar testimonio en juicios orales, es vivida por muchos de los profesionales como un grado de exposición personal muy marcado.³¹

En síntesis, es difícil, tanto para los profesionales de la salud mental, como para los de trabajo social y otros operadores en esta problemática asociar su labor a la producción de situaciones disruptivas, al uso y la provocación de situaciones

³⁰ Sanz, D. y Molina, A.: Violencia y abuso en la familia. Editorial Lumen-Humanitas, Buenos Aires, 1999.

³¹ Sanz, D. y Molina, A. Op. Cit. 27

de crisis, ya que, por formación, estamos acostumbrados a trabajar para reducir tensiones y ansiedades, no para provocarlas.³²

Avanzando por sobre los factores individuales o de la naturaleza del trabajo, que obviamente son centrales en el desarrollo de síndromes de estrés secundarios, no tienen poca influencia las cuestiones **organizacionales de las instituciones**, ya sean propias o ajenas.

La necesaria interdependencia profesional y la articulación Inter. e intrainstitucional puede conducir a sentimientos de rivalidad profesional o de cooperación y alivio, según el grado de claridad de las respectivas funciones y de la comprensión de los objetivos y los métodos utilizados por las diferentes áreas, personas o instituciones. Evitar la rivalidad profesional es un tema crítico.

La tarea interdisciplinaria es valorada en la actualidad, y desde hace mucho tiempo, como una herramienta indispensable para el desarrollo de la mayoría de las tareas asistenciales. Sin embargo, en el desempeño cotidiano se pueden observar serias dificultades, que se expresan en un cada vez más marcado aislamiento de cada uno de los integrantes de los equipos, más allá de su formación profesional y en casos más graves a una competencia peligrosa.

A nuestro criterio, la temática de violencia familiar tiene en sí misma una dificultad agregada, con respecto a otras cuestiones psicosociales, que impregna negativamente la práctica: la casi necesaria adopción de posturas personales.

Aún hoy, llevar más allá de los enunciados la defensa de los derechos individuales y de algunos colectivos no es una cuestión "laboral", sino una posición ante la vida. Esto conlleva un doble riesgo: Impregnar con interpretaciones o cuestiones subjetivas las opiniones profesionales, criterios y recomendaciones o ser identificados por otros con diferentes posturas como "militantes" cuando se ejerce con claridad la defensa de derechos.

En ocasiones puede suceder, por ejemplo, que un profesional en particular llegue a identificarse con la posición y bienestar de uno de los miembros de la familia. Esto puede ocasionar una situación donde se desarrolla un desacuerdo

³² Sanz, D. y Molina, A. Op. Cit. 27

profesional, que a menudo se relaciona ostensiblemente con problemas prácticos, tales como los arreglos para las visitas, ...³³Conflicto por delegación (Furniss, 1983, citado por Danya Glaser) en el cual las diferencias y los sentimientos no resueltos de los miembros de la familia se expresan por intermedio de los profesionales.

Cuando esta situación se plantea entre integrantes de diferentes instituciones, alguna de las cuales tiene un mayor poder de decisión o un status social percibido mayor, necesariamente las consecuencias dañarán no sólo a las personas asistidas, sino a los profesionales implicados y/o a la relación institucional, muchas veces teniendo como punto de partida un insuficiente debate previo sobre la comprensión del fenómeno de la violencia y sus formas de resolución.

Imperceptiblemente, dentro y entre los equipos comienzan a reproducirse mecanismos violentos de relación interpersonal, que solapados por el refinamiento que le otorga el discurso profesional, nos coloca en una posición de isomorfismo con las situaciones que estamos atendiendo.

Así como la respuesta individual desadaptativa ante el estrés laboral contiene mecanismos de deshumanización, o despersonalización, con actitudes cínicas, negativas e insensibles, cuando los efectos se trasladan a las relaciones grupales o institucionales aparecen la culpabilización, el hipercriticismo y la rivalidad como manifestaciones altamente nocivas. Las decisiones no se toman con excusas banales, la información es considerada inválida o insuficiente, dependiendo de dónde provenga, las sugerencias o recomendaciones no son consideradas, los contenidos del discurso profesional muestran en una segunda lectura diatribas que utilizan ese medio para entablar discusiones ideológicas.

Se establece así un círculo vicioso, que en forma vicaria daña tanto a las personas asistidas como a aquellos profesionales que participan en estos mecanismos perversos, a veces sin siquiera percibirlo.

Dos últimos factores trascendentes que contribuyen al desarrollo de los síndromes de desgaste profesional, no menores, pero mayoritariamente minimizados son: las condiciones en las que se desarrolla la tarea y la valoración

³³ Glaser D; Frosh S: Abuso sexual de niños, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1997.

de la misma. La primera cuestión requiere de un esfuerzo institucional que no esta instalado, como prioritario y que en lugar de conformarse como condiciones mínimas básicas de funcionamiento, deben ser gestionadas y/o resueltas en forma paralela al desempeño de la tarea específica y en ocasiones desestimadas (acondicionamiento de los espacios, presencia de los recursos instrumentales necesarios para el trabajo con niños, niñas y adolescentes, previsión de condiciones de seguridad).

“La violencia de estos días no discrimina personas ni funciones. Va mas allá del riesgo lógico que cada profesión conlleva. No se trata ya de una reacción violenta durante una entrevista o visita, sino del cúmulo de circunstancias que transforman un informe domiciliario en un viaje sin garantías, sin que tenga que ver con las personas involucradas.....” “Dejan de ser episodios individuales ligados a la ‘mala fortuna’, para inscribirse como situaciones colectivas que ameritan soluciones de conjunto”³⁴

En cuanto a la valoración de la tarea, en la relación cotidiana interpersonal, consideramos que es competencia ineludible del coordinador. Dentro de sus funciones está identificar a aquellos operadores y/o profesionales que por su condición de vulnerabilidad, características individuales o grado de afectación no pueden poner un límite a su actividad profesional ligándola a cuestiones de valoración personal y evitar la sobrecarga de trabajo y el exceso de demanda sobre ellos. El coordinador debería tener a su cargo el rol de articulador con sus superiores jerárquicos no sólo para informar sobre las metas cuantitativas sino para cualificar la tarea desempeñada por el equipo y en ese sentido proponer que sea valorizado el compromiso, el esfuerzo y la capacidad profesional.

Un coordinador que no puede definir los roles de cada uno de los integrantes del equipo, facilitar un desarrollo e intercambio armónico, identificar tempranamente las dificultades individuales e interpersonales, proteger de la excesiva demanda de asistencia y de las exigencias institucionales se transforma en un factor de

³⁴ Atance Martinez, J. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burn Out en Personal Sanitario. Revista Española de Salud Pública.España. Marzo 1997.

riesgo para la aparición del síndrome de burn-out para sí y el resto de sus colaboradores.

DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y ASISTENCIA

En el informe sobre la salud mundial elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 dedica un capítulo a evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder a su mejora. En el mismo, se señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema, y por ende para conseguir que éste ofrezca una buena calidad del servicio. Recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud, pues si estos no se cuidan, ni se invierte en su mantenimiento, se deterioran rápidamente.

Citamos estas recomendaciones, realizadas para los servicios de salud porque adquieren valor para otras organizaciones y sobre todo para los colectivos considerados de riesgo de ocurrencia de burn-out.

Según la OMS, los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema. El informe también recomienda que, para que la inversión en salud sea equilibrada deberá realizarse una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos teniendo en cuenta variables tales como la satisfacción con el salario, las oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones de trabajo de los profesionales.³⁵

Estas últimas tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario. Es importante analizar y relacionar las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios de la organización y el servicio que ofrecen, con los riesgos laborales de origen psicosocial que los afectan en su interacción con personas. Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el

³⁵ Gil Monte, P.R.; Op. Cit en 15

síndrome de quemarse por el trabajo (burn out) ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, y fuente de accidentabilidad y ausentismo.³⁶

La Organización Internacional del Trabajo (OIT)³⁷ engloba dentro de la categoría de “factores psicosociales” a las condiciones que conducen al estrés en el trabajo y a otros problemas conexos de salud y seguridad. Dichas condiciones, comprenden aspectos del puesto de trabajo y del entorno de trabajo, como el clima o cultura de la organización, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo y el diseño y contenido de la tareas (variedad, significado, alcance, carácter repetitivo, etc). El concepto de factores psicosociales se extiende también al entorno existente fuera de la organización y a aspectos del individuo (por ejemplo, personalidad y actitudes) que pueden influir en la aparición del estrés en el trabajo.

Actualmente, resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización.³⁸

Algunos lineamientos para prevenir y/o minimizar la ocurrencia de síndromes secundarios en los operadores

Es necesario, reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el síndrome de desgaste profesional o síndrome de burn out, y que se utiliza un modelo de intervención de varios componentes integrados de forma complementaria. Pueden instrumentarse técnicas orientadas

³⁶ Anualmente la industria Estadounidense pierde aproximadamente 55º millones de días de trabajo debido al ausentismo. Se estima que el 54% de esas ausencias son en cierto modo relacionadas con el estrés.

³⁷ Sautee S.L.; Hurrell J.J.; Murphy L.R. y Levi L. “Factores psicosociales y de Organización” Cap. 34 de la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo op.cit.

³⁸ Todos los instrumentos que se utilizan para la autovaloración del nivel de burnout en las profesiones de servicio al público confluyen en la evaluación del núcleo del constructo que es la disminución o pérdida de recursos emocionales para hacer frente a las demandas del usuario.

El cuestionario de burnout de MASLACH de 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Se trata de un inventario autoadministrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes. El instrumento fue desarrollado para valorar los tres aspectos fundamentales del síndrome: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo.

al individuo, al grupo social y a la organización laboral, que integren, de forma flexible, la consideración del individuo (diferencias y preferencias personales) y de la organización (características, normas, ambiente de trabajo, etc).³⁹

A modo de síntesis, y con un objetivo meramente descriptivo, se ha elaborado un cuadro con posibles variantes de intervención en cada uno de los niveles.

Desde el **punto de vista preventivo**, la estrategia debe estar centrada en la actuación sobre ciertas condiciones de trabajo, en la modificación de ciertos aspectos organizativos, teniendo como objetivo primordial la eliminación de tantas causas como sea posible, de forma que pueda reducirse el estrés existente así como prevenir su aparición en el futuro.⁴⁰

Dentro de esta línea podemos considerar la orientación para los **nuevos profesionales** que comienzan la carrera. Para ello, pueden proveerse programas especiales de prevención y entrenamiento en afrontamiento del estrés laboral, que les proporcionen modelos ajustados a la realidad de su profesión en vez de alentar expectativas erróneas. En este sentido, es que algunos autores, entre otros Cherniss, ha propuesto un sistema tutorial de acogida y orientación profesional, que incluya procedimientos eficaces de identificación de problemas, resolución de conflictos y de participación en la toma de decisiones.⁴¹

A **nivel individual**, el objetivo de la intervención trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia de los operadores para afrontar de forma más eficiente los estresores propios de la función laboral y potenciar la percepción de control y la autoeficacia personal.

Otra variable que hay que considerar dentro del **nivel grupal e interpersonal**, es la de mejorar el soporte social de compañeros y superiores. El soporte social satisface la necesidad humana básica de comunicación entre las personas, además de proporcionar información técnica, supervisión y soporte

³⁹ Mingote Adán, J.C.; Síndrome burn out o síndrome de desgaste profesional. Disponible en [www.http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=4767&dede=losmasleidos](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=4767&dede=losmasleidos).

⁴⁰ Daza, F.M.; Nogareda Cuixart C. "NTP 438: Prevención del estrés: intervención sobre la organización.

⁴¹ Cherniss C. Staff burnout job stress in the human services. Beverly Hills, Sage Publications, 1980.

emocional adecuados. Todas las investigaciones específicas apuntan que la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de burn out, incrementando la satisfacción laboral y la calidad de vida del operador.

Dentro de la **organización laboral** es importante, tal como plantea Mingote Adán: “conseguir un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias de la función laboral para reducir el estrés de la misma, a través de cursos específicos de formación continuada dirigidos, por ejemplo, a mejorar los recursos instrumentales para la tarea diagnóstica y terapéutica, como a aumentar la competencia psicosocial del profesional.”⁴²

MEDIDAS PREVENTIVAS	Reducen el riesgo de aparición del síndrome a través de diversas estrategias en múltiples ámbitos	• Monitoreo de la autovulnerabilidad al ingreso a la tarea • Ayudar a adecuar las expectativas a las posibilidades • Proveer oportunidades al equipo de experiencias de trabajo colaborativo para buscar estrategias
MEDIDAS CORRECTIVAS	Intervenciones a nivel individual	• Técnicas de afrontamiento de estrés con ensayo conductual • Técnicas de relajación • Técnicas de autocontrol • Técnicas dirigidas a restablecer y/o fortalecer lazos con los compañeros de trabajo. • Técnicas de promoción del trabajo en equipo • Higiene emocional, limitando el desarrollo de la tarea al lugar de trabajo • Intervenciones dirigidas a establecer fronteras entre el trabajo y la vida privada
MEDIDAS CORRECTIVAS	Intervenciones a nivel grupal	• Aumentar comunicación sobre cuestiones de trabajo y problemas comunes • Favorecer la obtención de apoyo emocional y social entre los pares • Reducir la tensión emocional en el lugar de trabajo • Enseñar a los miembros estrategias cognitivas de afrontamiento • Fomentar asesoramiento entre los miembros sobre recursos y estrategias de otros compañeros

⁴² Mingote Adán, J.C. op cit. 36

	Medidas organizacionales	• Mejorar condiciones ambientales y clima laboral. • Aumentar la sensación de seguridad en el empleo ⁴³ • Mejorar las redes de comunicación organizacional • Optimizar los recursos • Regular la demanda con respecto al recurso. • Supervisión externa por profesional experto. • Desarrollar procesos de retroalimentación sobre el desempeño del rol. • Valoración de los resultados en relación a los objetivos institucionales y el recurso asignado. • Redefinir el puesto de trabajo para que resulte enriquecedor. • Programa de capacitación en servicio. • Promoción escalafonaria.
--	--------------------------	--

En conclusión, el síndrome de desgaste profesional o burn out es un problema social y de salud pública, además de un reciente campo fecundo de investigación epidemiológica y clínica sobre el estrés laboral. Se trata de un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo asistencial, que daña la calidad de vida del empleado, operador y/o profesional que lo padece, disminuyendo la calidad asistencial, con aumento de los costes económicos y sociales. ⁴⁴

Para abordar este problema, la primera medida es que los involucrados puedan saber cuales son las manifestaciones del síndrome y reconocer en si mismos y en su entorno los signos de estos efectos. Solo así, podrán incidir sobre las organizaciones para solicitar y co-gestionar los cambios necesarios. Si bien entendemos que debe ser una responsabilidad compartida el incluir variables que permitan prevenir y/o corregir tempranamente los efectos del síndrome - pudiendo para ello utilizar como basamento teórico las investigaciones y desarrollos que se vienen realizando en Argentina y en otros países, adaptándolos al contexto local – no tiene que representar una obligación más que recaiga sobre los operadores y/u otros profesionales sin tener el compromiso institucional activo de las organizaciones en donde desarrollan su trabajo-. En

⁴³ Beaton R. “Ansiedad relacionada con el trabajo”. Cap.5 de la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. OIT op.cit

⁴⁴ Mingote A. Op. Cit 36.

este sentido, es importante tomar en cuenta el modelo de estrés del trabajo del National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), que aunque no niega la importancia de las diferencias individuales, da más importancia a factores del entorno al determinar el resultado de estrés. Tal es así que cuando propone la prevención primaria del estrés en el trabajo, atiende primero a los estresores psicosociales en el lugar de trabajo, siendo coherente este modelo con un modelo de prevención propio del ámbito de la salud pública. Aunque en el enfoque de salud pública se reconoce también la importancia de los factores del huésped o la resistencia de éste en la etiología de la enfermedad, la primera línea de defensa en este enfoque consiste en erradicar o reducir la exposición a patógenos ambientales.⁴⁵

Cabe destacar, y recordar, que una resolución de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1975) dice que: “el trabajo no sólo debe respetar la vida y la salud de los trabajadores y dejarles tiempo libre para el descanso y el ocio, sino que también ha de permitirles servir a la sociedad y conseguir su autorrealización mediante el desarrollo de sus capacidades personales. “^{46 47}

⁴⁵ Sauter S; Hurrell J.J.; Murphy L. y Levi L. Op. cit.

⁴⁶ Levi L. “Factores psicosociales, estrés y salud” Capítulo 34 de Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo op. Cit.

⁴⁷ Estos principios se expresaron ya en 1963, en un informe del Tavistock Institute de Londres (documento número. T813) en el que establecía directrices generales para el diseño de los puestos de trabajo: 1. El puesto de trabajo debe ser razonablemente exigente en aspectos distintos de la pura soportabilidad y mínimamente variado. 2.El trabajador debe poder aprender en el puesto de trabajo y tener en el un aprendizaje continuo. 3.El puesto de trabajo debe comprender algún ámbito de toma de decisiones que le individuo pueda considerar personalmente suyo. 4.Debe existir cierto grado de apoyo social y reconocimiento en el lugar de trabajo. 5.El trabajador debe poder establecer una relación entre lo que hace o produce y la vida social. 6.El trabajador debe sentir que el puesto de trabajo conduce a algún tipo de futuro deseable.