



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República
Facultad de Psicología

Estrés traumático secundario y Autocuidado en Profesionales de la Salud

Trabajo Final de Grado
Modalidad Monografía

Estudiante: Lucía Castro Rodríguez
N° C.I.: 5.118.049-9
Tutora: Graciela Loarche

Índice

Montevideo, Octubre 2017

1) Resumen_____	Pág. 2
2) Introducción_____	Pág. 3
3) Marco Teórico_____	Pág. 5
a) Estrés y Desgaste laboral_____	Pág. 5
b) Estrés Traumático Secundario (ETS)_____	Pág. 11
b.i) Desarrollo del Concepto_____	Pág. 11
b.ii) Sintomatología_____	Pág. 13
b.iii) Prevalencia del ETS_____	Pág. 14
b.iv) Evaluación del ETS_____	Pág. 17
c) Autocuidado_____	Pág. 20
c.i) Concepto de Autocuidado_____	Pág. 20
c.ii) Modelos de Autocuidado_____	Pág. 23
d) Investigaciones sobre ETS relacionadas con prácticas de Autocuidado_____	Pág. 29
4) Conclusión_____	Pág. 34
5) Referencias Bibliográficas_____	Pág. 36

Resumen

El Estrés traumático secundario es considerado un factor generador de un tipo de desgaste laboral al cual los profesionales de la salud están expuestos. Su inicio no se corresponde solamente a factores institucionales que inciden al profesional, sino que son consecuencia de movimientos empáticos que se producen al querer brindar ayuda a un otro que la necesita. Se ha demostrado en diversas investigaciones que dicha sintomatología al no ser abordada como corresponde podría devenir en un Trastorno de Estrés Postraumático.

Por otro lado, ha de considerarse la implementación de estrategias de Autocuidado para fomentar la promoción y prevención de bienestar, como práctica que aporta al profesional herramientas útiles para no ser afectado a la hora de desempeñar su tarea.

En cuanto a los antecedentes donde se aborda la interacción del efecto generado por las estrategias de Autocuidado en la prevalencia del Estrés traumático secundario, se puede concluir que en la mayoría de los casos existe una relación inversamente proporcional, es decir que a mayor frecuencia de acciones de Autocuidado menor riesgo de padecer Estrés traumático secundario.

Palabras claves: Estrés traumático secundario, Autocuidado, desgaste laboral.

Introducción

El estrés es considerado un factor que ayuda al desarrollo de habilidades para enfrentar situaciones nuevas que generan un desequilibrio en el individuo. En este proceso la respuesta puede ser adaptativa restaurando el equilibrio o por el contrario puede incidir en el bienestar del individuo con la aparición de una patología.

Cuando la situación estresante se vincula con el ámbito laboral se denomina estrés laboral. Este tipo de estrés se manifiesta de diversas formas: Síndrome de burnout, estrés traumático secundario, depresión, sintomatología ansiosa, entre otras.

La presente monografía se enmarca en la propuesta del Trabajo Final de Grado correspondiente para la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República.

Para este trabajo se pretende enfatizar en el estrés traumático secundario siendo la manera indirecta de experimentar lo vivenciado por un otro de forma directa. La principal característica de esta sintomatología es la empatía donde el individuo puede presentar los comportamientos y emociones que se generaron en el otro al enfrentar una situación estresante. Es necesario resaltar que este tipo de desgaste laboral no solo se debe a las condiciones laborales en que se lleva a cabo la tarea, sino que influyen también las características personales del trabajador.

La elección del tema se vio motivada por abordar un tipo de desgaste laboral poco estudiada en nuestro país, que aparece de manera frecuente, pero a veces resulta imperceptible para los profesionales, puede ser confundido o desarrollarse de manera simultánea con otro tipo de desgaste, se debe intervenir antes de que avance a una patología crónica. Por estas razones es pertinente analizar la información obtenida sobre dicha sintomatología y reconocer la necesidad de promover estrategias que habiliten a mejorar la capacidad de respuesta del profesional previniendo verse afectado por su labor.

El interés por dicha temática surge vinculado a pensar como se ven afectados los profesionales que brindan cuidados a otros que los necesitan, haciendo foco principalmente en psicólogos donde ellos mismo son su herramienta de trabajo y se encuentran implicados constantemente por su tarea a demandas cargadas de emociones.

A raíz de plantear esta problemática intrínseca a la tarea para los profesionales de la salud se considera la relevancia de asociar las prácticas de autocuidado como una medida que posibilita atenuar los síntomas del estrés traumático secundario. Es necesario

profundizar en las estrategias que fomentan una mejor calidad de vida a través de la promoción y prevención del bienestar de los profesionales de la salud tanto a nivel institucional como individual permitiéndole mejorar sus condiciones para ejercer.

Entre los antecedentes se encontró un estudio sobre la prevalencia del estrés traumático secundario vinculado con los factores psicológicos y las conductas de autocuidado que se desarrollan en el personal del Hospital Vilardebó.

El objetivo de este trabajo es indagar sobre la relación que se establece entre la sintomatología del estrés traumático secundario y las estrategias de autocuidado permitiendo visualizar de qué manera incide la práctica de diferentes acciones en el bienestar de los profesionales de la salud y aportar herramientas que posibiliten una mejora en el desempeño de las tareas que realizan y una menor incidencia del estrés laboral.

En el marco teórico se profundiza sobre los tipos de estrés y desgaste laboral, la conceptualización del estrés traumático secundario, su sintomatología y prevalencia, el concepto de autocuidado, sus modelos y estrategias de implementación, y por último se expondrán investigaciones donde se entrelazan los ejes temáticos abordados haciendo énfasis en los resultados.

Marco Teórico

Estrés y desgaste laboral

Se hace alusión al término estrés cuando una situación alerta y provoca un estado de desequilibrio como una respuesta normal y adaptativa, ante amenazas y peligros, siendo útil como estímulo para sobrevivir. (Duque, V. y Gómez, N; 2014, p. 13)

Selye en la década del 30, definió el trastorno de adaptación posteriormente denominado estrés; como una respuesta orgánica ante la presencia de una amenaza, que caracterizó en tres fases. La primera la llamo fase de alarma, donde el sujeto se propone dar respuesta a esa amenaza; luego pasa a la fase de resistencia, se dan los cambios necesarios para enfrentar la situación; y por último la fase de agotamiento, donde ocurre un desgaste de energía predispuesta para superar la amenaza. Si la amenaza se relaciona al trabajo lo nomina estrés laboral. (Rodríguez, R. y De Rivas, S; 2011; p.74)

Asimismo, Selye realiza una distinción entre lo que llamo estrés positivo (“eustrés”) y estrés negativo (“distrés”), el primero refiere al estímulo necesario para el desarrollo de la vida, generador de un estado de alegría, bienestar y satisfacción, mientras que el distrés provoca un desequilibrio y sobrecarga no asimilables para el sujeto afectando su salud y rendimiento. (Duque, V. y Gómez, N; 2014, p. 13)

Según Robles, M.E; Badosa, J.M; Roig, A; Pina, B. y Feixas, G. (2009) plantean que el estrés es una percepción, por lo que entienden que un acontecimiento no activa de la misma forma a diferentes personas. Dichos autores toman como referencia para su afirmación a Kira (2001), quien propone que la activación del sistema se da de forma automática ante un acontecimiento, donde se activa o se inhibe el procesamiento emocional y cognitivo, como también el estado de alerta y la respuesta, a la vez que sugiere que graves situaciones de estrés pueden resultar en sucesos traumáticos. (pp. 89-90)

El estrés se clasifica de dos formas; la primera remite al tipo de vivencia sufrida, es decir, si acontece de forma directa o indirecta (primaria o secundaria). El estrés primario se da cuando el incidente crítico lo vivencia la víctima directamente, mientras que el estrés secundario, al decir de Figley (1995) se compone por los comportamientos y emociones producto de conocer o desear ayudar a un otro que atraviesa un incidente crítico. La otra distinción refiere a la funcionalidad adaptativa o desadaptativa del estrés, que se establecen

en cuatro tipos: estrés general, estrés del incidente crítico, estrés postraumático y estrés acumulativo. Los primeros dos mencionados se relacionan a una forma adaptativa del estrés generado por situaciones anormales en su vida cotidiana que ocasionan una reacción displacentera llevando a un estado de activación del organismo. El estrés postraumático y el estrés acumulativo se consideran formas desadaptativas porque provocan una ruptura en la vida de quien lo enfrenta, donde quedan expuestos a síntomas, posibilitando la aparición de una patología. Dichas clasificaciones pueden actuar de forma complementarias entre sí. (Robles, M.E. y otros; 2009, pp. 90-92)

Por otro lado, Duque, V. y Gómez, N (2014) plantean los riesgos psicosociales que intervienen en el ámbito laboral para la aparición de estrés:

nos referimos a todos aquellos factores que van desde la organización del trabajo y la cultura organizacional, hasta las actitudes, valores, creencias y prácticas de la organización que afectan el bienestar físico y mental de los y las empleados/as y que pueden ser generadores de estrés. (p.22)

En el artículo realizado por Rodríguez, R. y De Rivas, S. (2011) sobre “Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención”; proponen 4 modelos de estudios referidos al proceso de estrés laboral:

- Modelo de ajuste Persona-Ambiente de Harrinson. Basado en dos distinciones, una entre la persona y el entorno, y la otra entre las dimensiones objetivas y perceptivas de ambos. Pretende realizar un análisis sobre las diferentes características objetivas tanto de las personas como del el ambiente y la percepción del individuo sobre el mismo y el entorno, estableciendo niveles de ajuste.
- Modelo de facetas ampliado de Beehr y Neuman. Determinan factores claves la presencia de los estresores y la respuesta de estrés generada. Consideran que la faceta medioambiental es donde se ubica el estrés laboral, siendo la respuesta de estrés parte de la faceta de consecuencias personales. Intervienen otros procesos como el tiempo y las variables de consecuencias organizativas. Este modelo que ha sido modificado, dando una mayor amplitud a los diferentes factores que participan. Los mecanismos de corrección a los problemas que se enfrentan son el afrontamiento y la adaptación.
- Modelo cibernético del estrés laboral de Edwards. Propone que no son las características de los factores ambientales o personales que conllevan al estrés, sino su relacionamiento y la diferencia entre el nivel percibido del estado actual del

sujeto y lo deseado. Esto toma relevancia cuando la representación subjetiva sobre las condiciones de trabajo no se vincula con los fines laborales que el sujeto pretende alcanzar.

- Teoría de la Activación Cognitiva del Estrés de Meurs. Pretende explicar el estrés laboral analizando cuatro niveles: el estrés como estímulo, lo que el sujeto evalúa como amenaza; la experiencia sobre estrés, lo percibido de manera subjetiva, cognitiva y emocional de sentirse estresado; la respuesta que se desprende al mismo como proceso de activación tanto a nivel psicofisiológico como comportamentales; por último, feedback de la respuesta de estrés, donde el sujeto percibe los cambios producto de su respuesta al estrés. (pp.77-79)

La comisión Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo define al estrés laboral como: “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador”. (citado por Rodríguez, R. y De Rivas, S; 2011; p.74)

El desgaste laboral presente en profesionales de la salud se ve representado por consecuencias como: Síndrome de burnout (Maslash, Schaufeli & Leiter, 2001), sintomatología ansiosa (Cazabat, 2002; Gentry, 2003) y depresiva (Barrera & Guerra, 2007; Betta, Morales, Rodríguez & Guerra 2007), el aumento de licencias médicas (Morales, Pérez & Menares, 2003), rotación de personal (Hidalgo & Moreira, 2000), el aumento en el consumo de alcohol (Beatón & Murphy, 1995) y el estrés traumático secundario (Figley, 2002; Salston & Figley, 2003; Stamm, 2002; Valent, 2002). (citados por Guerra, C; Fuenzalida, A. y Hernández Morales, C; 2009, párr. 5)

Varios autores aluden que el estrés traumático secundario es considerado un tipo de desgaste laboral que afecta a profesionales, de los cuales se destacan: psicólogos, trabajadores sociales, abogados, médicos, personal de rescate, y en general a cualquiera que desempeñe labores de ayuda a personas expuestas directamente al trauma y experiencias de victimización. (Guerra, C. y Pereda, N; 2015, p. 179)

El trauma secundario es resultado del contagio a la exposición constante de narraciones traumáticas, al cual el personal que brinda ayuda queda expuesto a presentar síntomas parecidos a la víctima, como miedo, angustia, desesperanza, impotencia. (Duque, V. y Gómez N; 2014, p.33)

Otro de los términos que se relaciona con el desgaste laboral es “síndrome de burnout” también nominado “desgaste profesional” o “síndrome de quemado”, definido por Claramunt (1999) como:

Reducción de la respuesta funcional del organismo a las demandas de la vida cotidiana, como consecuencia de usar toda nuestra energía, aún la de reserva, sin conservar la necesaria para nosotros/as mismos/as. Es una respuesta crónica a la tensión emocional constante y no la reacción a una crisis ocasional. (Duque, V. y Gómez N; 2014,p. 26)

El concepto de burnout fue definido por primera vez por Freudenberger, H. (1974) basado en investigación empírica en clínica, psicología social y desde la teoría cognitivo/conductual (Morales, G; Pérez, J. y Menares, M.A; 2003, p. 10); quien lo atribuyó al agotamiento laboral en los profesionales que brindan cuidados, acompañado de fatiga y malestares psicosomáticos. El mismo es producto del exceso de trabajo, donde el profesional que se dedica ayudar a las personas y está en contacto con problemáticas de violencia, abuso, traumatización o que se encuentran en situación de vulnerabilidad, comienza a “perder la fé” por su vocación, lo que Farber (1991) nómina como la “inconsecuencia” captada por los profesionales cuando su labor es ineficaz. (Santana, A. y Farkas, C; 2007, p. 79; Arón, A.M. y Llanos, M.T; 2004, p. 2).

Para Rodríguez, R. y De Rivas, S. (2011) la aparición de burnout remite a un proceso lento donde el profesional afronta una pérdida de compromiso e implicación personal en la realización de su labor. (p. 74). Dichos autores mencionan que Schaufeli; Maslach & Marek (1993) a través de su estudio sobre las causas del desgaste profesional sugieren la necesidad de indagar sobre las características propias de la tarea que el profesional debe desarrollar y los estresores a los que se asocia, presentándose la necesidad de buscar en cada entorno laboral los factores que inciden. (p.77)

Según Maslach & Jackson (1981) definen el Síndrome de burnout como respuesta de cansancio emocional y físico, despersonalización y actitud fría hacia las personas con las que se trabaja e insatisfacción en su realización personal y laboral, con la sensación de ausencia de apoyo y sobreimplicación del profesional con su tarea. (Morales, G. y otros, 2003, p. 10). Los mismos autores citados consideran que el síndrome se instala progresivamente en tres fases, primero aparece el agotamiento emocional a causa de enfrentar situaciones que no logra resolver resultando estresante, luego surge la despersonalización como modo de defensa ante lo generado en la etapa anterior

caracterizado por la indiferencia, y por último hay un abandono de la realización personal donde se autoevalúa negativamente y se aparta de las actividades (Ojeda, T; 2006, p. 23)

Asimismo, Guerrero (1999) concibe que el Síndrome de burnout compromete tres áreas funcionales: conductual, somático y afectivo; compartiendo las mismas características anteriormente mencionadas. Miller (1998) Plantea que existe una mayor vulnerabilidad y riesgo de presentar burnout en profesionales que trabajan en el área de la salud mental debido a su continua exposición al trauma de sus pacientes (Morales, G. y otros, 2003, p. 11). Sin embargo, Ortega & López (2004) plantean que no solo se encuentran frágiles a este síndrome los profesionales de la salud, sino que afecta a todo trabajador que se involucra con su tarea en situaciones emocionalmente demandantes. (Muñoz, E; 2016, p.4)

Arón, A.M. y Llanos, M.T; (2004) definen los síntomas que componen el burnout como:

cansancio que va más allá de lo esperado de acuerdo las exigencias de desempeño físico de las labores realizadas, fatiga, lentitud, una serie de síntomas físicos que van desde dolores de cabeza, de cuello de espalda, problemas del aparato locomotor, del aparato digestivo, irritabilidad, alteraciones del sueño y del apetito, problemas de la piel y mayor vulnerabilidad a todo tipo de enfermedades. Síntomas conductuales como llegar tarde al trabajo, ausentismo laboral, trabajar muchas horas pero lograr poco, pérdida del entusiasmo, facilidad para frustrarse, aburrimiento, rigidización y dificultad para tomar decisiones. Síntomas que se expresan interaccionalmente, como aislarse de los colegas, cerrarse a nuevas informaciones, aumento de la irritabilidad con los compañeros de trabajo. Puede aparecer también dependencia al alcohol o drogas como una manera de anestesiar el dolor que implica la erosión espiritual. los síntomas psicológicos aparece la desmotivación, irritabilidad, decaimiento psicológico, sensación de vacío, deterioro del autoconcepto, visión negativa de la vida y de los demás. Culpa, autoinculpación por la falta de logro con los consultantes, o en el otro extremo, sentimientos de omnipotencia. Vivencias que se mueven en los polos de impotencia y omnipotencia, de autoculpabilización y culpabilización de otros. Se acompaña además de vivencias de incompetencia (crisis de competencia), y fantasías de abandono o cambio del trabajo. (pp. 3-4)

Hernández García, M.C. (2017) menciona las diferencias entre fatiga por compasión y el Síndrome de burnout, si bien ambas se relacionan con brindar ayuda y cuidados a personas que lo necesitan, el primer término refiere a las consecuencias que aparecen por la relación profesional-paciente, y el segundo tiene que ver con el estrés ocasionado por la interacción con su entorno laboral. A través de la investigación sobre la presencia de fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos, concluye que la exposición al estrés emocional en la que se encuentran los profesionales sanitarios los deja expuestos a presentar ambos síndromes de desgaste laboral. (p. 54)

Otro de los índices que diferencia ambos tipos de desgaste es su aparición, el burnout comienza de forma gradual hasta convertirse en un estado crónico, mientras que el estrés traumático secundario (ETS) surge de forma repentina y tiene una mayor tasa de recuperación, debido a que es considerado de tipo agudo. La población con la que trabajan también serían diferentes, en el primer caso, son pacientes que emocionalmente lo necesitan, mientras que en el otro serían personas traumatizadas. (Moreno-Jiménez, B; Morante, M.E; Garrosa, E. y Rodríguez, R; 2004, p. 226)

Según Duque, V. y Gómez N. (2014) la diferencia que presentan está reflejado en que el trauma secundario puede presentar los síntomas del estrés postraumático, donde el profesional se sobre-identifica con la víctima (p. 33); mientras que el burnout según Schaufeli & Greenglass (2001) se debe a situaciones laborales que son emocionalmente demandantes. Se consideran modelos conceptualmente diferentes, entendiéndose que los profesionales pueden verse afectados por ambos o un solo tipo de desgaste. (Moreno-Jiménez, B. y otros, 2004, p 226)

No obstante, es necesario diferenciar que el estrés postraumático es el que acontece en la víctima directa del acontecimiento estresante, mientras que el estrés traumático secundario se desarrolla como consecuencia de ser testigos de las víctimas; en ambos casos el factor que determina la presencia de los síntomas es la respuesta provocada por el estresor. Por un lado, en el estrés postraumático el estresor es el acontecimientos, y para el estrés traumático secundario es el acontecimiento y la víctima. Determinar si dicho trauma a afectado de manera directa o indirecta es difícil; por eso el segundo término es utilizado para mencionar a los profesionales que ayudan a víctimas del trauma. (Moreno-Jiménez, B. y otros, 2004, p 226)

Otro término que resulta relacionado con el estrés traumático secundario es el concepto de contratransferencia, considerado como un proceso similar, este último refiere a las reacciones emocionales del terapeuta con su paciente en el ámbito de la terapia psicodinámica donde Freud (1959) lo describe como producto de la activación del paciente en las experiencias vitales e inconscientes del terapeuta por el cual se distorsiona su juicio. Posteriormente, en 1991 Corey lo menciona como un proceso de identificación del terapeuta con su paciente; y luego Johansen (1993) agrega que también se ven involucradas las reacciones emocionales. Si bien los términos mencionados podrían considerarse parte del mismo proceso, deben de ser tomados por conceptos diferentes. (citados por Moreno-Jiménez, B. y otros, 2004, p 226).

Moreno-Jiménez, B; Morante, M.E; Rodríguez, R. & Rodríguez, A. (2008) consideran relevante lo planteado por Figley (1997) quien afirma que el profesional a través de la

empatía puede llegar a traumatizarse del mismo modo que la víctima que transita el trauma; es a raíz de esto que los autores plantean: “Los profesionales que trabajan con personas que sufren deben combatir no sólo el estrés o la insatisfacción habitual por el trabajo, sino también los sentimientos y emociones personales que les produce su trabajo con el sufrimiento” (p.124)

Es desde esta perspectiva que se pretende enfatizar en el trabajo, generando la necesidad de profundizar en su concepto, sintomatología, prevalencia y evaluación.

Estrés Traumático Secundario (ETS)

Desarrollo del concepto

El primer autor en hacer mención sobre este fenómeno es Figley en 1983, quien lo nominó como tensión traumática secundario para hacer referencia al “coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional” (Moreno-Jiménez, B. y otros; 2004, p.216).

Posteriormente el mismo autor (Figley, 1983) restituye el término y lo define estrés traumático secundario como el conjunto de “Aquellas emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro” (Matto, R y Tejera, I; 2016, párr. 3)

Por otra parte, Cazabat (2002, 2009) plantea que hay profesiones que están más expuestas al desgaste emocional por su propia actividad; como es el caso de los profesionales de la salud, más específicamente los psicoterapeutas que se enfrentan a materiales estresantes de los pacientes. Este mismo autor también utiliza el término de “desgaste por empatía” para referirse al mismo fenómeno, al que agrega la presencia de intensos sentimientos de empatía y deseo por ayudar al otro. (citado por Alecsiuk, B; 2015, p. 43)

En 1992 Joinson, identifica el síndrome de Fatiga por compasión o estrés por compasión como la respuesta a nivel físico, emocional, espiritual y social, presente en el personal de enfermería donde trabajan con pacientes que atraviesan una enfermedad que amenaza su vida (Hernández García, M.C; 2017, p. 54).

Según Bride (2004) define el estrés traumático secundario como secuela a la exposición secundaria a un evento traumático equivalente al que fue vivido por otro de forma directa. (citado por Montero, F; 2014, p. 28).

Históricamente los estudios sobre estrés traumático secundario lo han ido denominado con diversos sinónimos: traumatización secundaria (Follette, Polusny & Milbeck, 1994), persecución secundaria (Figley, 1982), tensión secundaria traumática (Figley, 1983, 1985, 1989; Figley & Stamm, 1997), traumatización vicaria (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995a), sobreviviente secundario (Remer & Elliott, 1988a; 1988b); como también han surgido conceptos similares y dependientes de los contextos en los que el fenómeno se desarrolla; aparece el “contagio emocional” (Miller, Stiff & Ellis, 1988) como el proceso afectivo donde un individuo que observó el sufrimiento de otro, experimenta lo que el otro emocionalmente vivió; para contextos donde se transitan vivencias de violación se utiliza el concepto de “crisis de familia” (Erickson, 1989; White & Rollins, 1981); efectos de proximidad que sufren allegadas a veteranos de guerra (Verbosky & Ryan, 1988), estrés del cuidador (Caregives Stress, Hankin, Abueg, Murphy, 1993) en trabajadores sociales y cuidadores. (citados por Moreno-Jiménez, B. y otros, 2004, pp. 69-70)

Todos estos términos refieren al mismo fenómeno que produce un tipo de desgaste laboral, afectando a profesionales que se dedican a cuidar de otros que experimentan eventos traumáticos; al decir de Figley (1983) el estrés traumático secundario refiere a un desajuste en el profesional debido a su implicación empática con la víctima y a la exposición indirecta al evento traumático que está ha vivido. (Guerra, C. & Pereda, N; 2015, pp 178-179).

Otros autores señalan la capacidad empática del profesional como un elemento clave para que se desarrolle el estrés traumático secundario. Figley (1995) plantea que a través de esta habilidad empática debe producirse una identificación con la víctima que genere un contagio emocional, a lo que él llamó “estrés por empatía” o “estrés por compasión”, resultando del deseo de ayudar a otros y sintiendo satisfacción por hacerlo. En este sentido se presenta una dificultad en el profesional cuando la exposición a la situación que provoca estrés por empatía es prolongada y se genera una sobreidentificación con la víctima, surgiendo síntomas de estrés postraumático. (Guerra, C. & Pereda, N; 2015, p 179).

A partir del establecimiento del cuadro clínico de Trastorno de Estrés postraumático en *el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (abreviado DSM) por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA;1980) en su tercera edición se diagnostica el trauma psicológico desde el área de la Psicología y la Psiquiatría, donde surgen investigaciones que diferencian el estrés traumático generado de forma indirecta o secundario en el cuidador y el directo en la víctima. (Moreno-Jiménez, B. y otros, 2004; p 217).

En el DSM-TR IV (2002) se describe el Trastorno de estrés postraumático donde aparecen síntomas como respuesta a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, vivenciado como un hecho peligroso o de amenaza para su integridad física o de otras personas, como también puede ser testigo a través de familiares o personas cercanas de acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio, peligro de muerte, heridas graves.

Se debe tener presente que a partir del DSM-TR IV (2002) la relevancia del diagnóstico cae sobre la respuesta que tiene la persona al acontecimiento y no en la necesidad de diferenciar si se da ante una exposición directa o secundaria. Se manifiesta en reacciones de temor, desesperanza u horror intenso, en el caso de niños se refleja en un comportamiento desestructurado o agitado. (p. 518)

Sintomatología

Se presentan tres síntomas en la aparición del Estrés Traumático Secundario los cuales se encuentran definidos dentro de los criterios del Trastorno de estrés Postraumático (APA-TR, 2002, pp. 523-524)

- A. Reexperimentación del hecho traumático : Malestar provocado en la persona a través de recuerdos intrusivos de imágenes, pensamientos, percepciones, sensaciones (alucinaciones, ilusiones o episodios disociativos de flashback), sueños, respuesta fisiológica o psicológica al exponerse a estímulos externos e internos que tengan una connotación del acontecimiento traumático.
- B. Evitar estímulos relacionados con el trauma y producir un embotamiento de las actividades generales de la persona : la persona se esfuerza por evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares o personas que le recuerdan el acontecimiento traumático. Hay una incapacidad por recordar ciertos hechos del acontecimiento y falta de interés en realizar actividades donde se involucren los afectos.
- C. Aumento de activación (Excitación): Dificultades del sueño y de concentración, irritabilidad o ataques de ira, respuestas exageradas de sobresalto, hipervigilancia.

Posteriormente en el DSM V (2014) se encuentra el mismo criterio para determinar los síntomas que acontecen a la exposición repetida o extrema a detalles repulsivos de sucesos traumáticos donde se puede presentar Estrés traumático secundario. (pp. 162-164)

L.A. Pearlman y L. McKay (2008) plantean los siguientes signos como dificultades asociadas al estrés traumático secundario: dificultad para manejar las emociones y los límites, problemas para tomar decisiones y sentirse bien consigo mismo; conflictos en las relaciones y presencia de malestares físicos, no se conecta con la realidad perdiendo el sentido de la vida y de esperanza, el ambiente laboral se ve afectado negativamente (vínculo con los compañeros, la organización en la que participa, calidad de la asistencia que brinda); e influye en el ámbito personal afectivo. (párr. 19)

Arón, M.A y Llanos, M.T. (2004) mencionan que la traumatización vicaria donde se reproduce la sintomatología del paciente, es resultado de una hiper-sensibilidad e hiper-reacción a situaciones donde el profesional siente como propia la situación. Al decir de estos autores: “Personas que se caracterizaban por su serenidad y tranquilidad para enfrentar situaciones conflictivas comienzan a reaccionar airadamente o a sobrerreaccionar, cuando están en contacto con temas como la violencia” (p.5)

Prevalencia del Estrés traumático secundario (ETS)

Se deben considerar ciertas variables para que el estrés traumático secundario acontezca, hay elementos intrínsecamente relacionados con la tarea, la cantidad horas que se dedican y las funciones a desempeñar. Para Beaton & Murphy (1995) la relevancia esta puesta en factores organizacionales como potenciadores del estrés traumático secundario; dependiendo del tipo de organización, formación académica, conflicto con su rol, experiencia laboral, apoyo social, entre otros. (Matto, R. y Tejera, I; 2016, párr. 13).

Según el modelo teorizado por Figley (1995) menciona cuatro factores que determinan la aparición del estrés traumático secundario: la capacidad que presenta el profesional para empatizar y el comportamiento con el que se relaciona con la víctima, la habilidad para distanciarse del trabajo y el propio sentimiento de satisfacción por ayudar. (Meda, R; Moreno-Jiménez, B; Palomera, A; Arias, E & Vargas, R; 2012, párr. 6)

Otro modelo teórico explicativo de Dutton & Rubinstein (1995), plantea que cuatro componentes diferentes integran el ETS: el evento traumático al cual el cuidador ha sido

expuesto; sus reacciones y estrategias que ponen en marcha para afrontarlo, como también el personal que lo acompaña y el ambiente que lo rodea. (Meda, R y otros, 2012, párr. 7)

Por otro lado, Moreno, Morante, Rodríguez & Garrosa (2004) consideran que los procesos que corresponden con dicho fenómeno son : la fatiga por compasión, la sacudida de creencias y la sintomatología postraumática. (Meda, R y otros, 2012, párr. 7)

Hay factores que aumentan la prevalencia de presentar ETS, en este caso lo planteado por Cazabat (1998) fundamenta que la presencia de haber vivido alguna experiencia traumática en la historia del trabajador aumenta su vulnerabilidad, y ésta es mayor si el trabajador no ha logrado resolverlo, quedando expuesto a revivirlo al momento de ayudar, obstaculizando su labor. Por otro lado, trabajar con el trauma y el sufrimiento infantil ocasiona mayor prevalencia de síntomas en el profesional por considerarse los miembros más frágiles de la sociedad, lo que provoca un aumento en empatizar con su sufrimiento y contagiarse emocionalmente. (Cazabat, E; 1998, párr. 33; Moreno-Jiménez, B, y otros, 2004, p. 219-220)

Este último grupo, fue abordado en un estudio exploratorio sobre estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual, realizado por Guerra, C. & Pereda, N. (2015) con el objetivo de comparar los niveles de ETS presentes en dos grupos de psicólogos, por un lado, los que intervienen con esta población, contrapuesto a psicólogos que atienden población en general. Como resultado obtuvieron una mayor prevalencia del trastorno y de los síntomas en el grupo de psicólogos que trabajan con los niños y niñas, afirmando la idea planteada anteriormente.

Varios autores mencionan que generalmente el trabajar con traumas causados por situaciones de abuso sexual llevan a experimentar mayor angustia emocional y creencias disfuncionales, donde se incrementa la posibilidad de presentar síntomas de ETS. Sin embargo, se considera que los terapeutas de pareja y familias presentan una prevalencia moderada a este síndrome. (Moreno-Jiménez, B. y otros, 2004, p. 222)

Casillas, O. (2016) plantea que desde la praxis del trabajo social donde realizan intervenciones sociofamiliares desde un modelo relacional, el técnico se enfrenta a vivencias y experiencias de situaciones problemáticas que son generadoras de estrés traumático secundario, donde también se genera una sobreimplicación emocional.

Por otro lado, Kassam-Adam (1995), McCarroll, Ursano & Fullerton (1993), y Meyers (2002), fueron algunos autores que realizaron diversas investigaciones sobre la aparición de síntomas de ETS, y concluyeron que se manifiestan mayoritariamente en las

trabajadoras mujeres. Además, autores como Rudolph, Stamm & Stamm (1997) agregaron como factor influyente la capacitación del profesional, planteando que los que se encontraban a un nivel de posgrado presentaban mayor riesgo a padecer estrés traumático secundario y burnout, mientras que los licenciados son los de menor riesgo, los doctores presentan un nivel moderado; es así que concluyen que uno de cada tres cuidadores podrían desarrollar ETS y uno de cada dos padecer burnout. (citados por Moreno-Jiménez, B. y otros, 2004, pp. 223-225)

Hay variables que se consideran protectoras para evitar la aparición de ETS, Schauben & Frazier (1995) indican que el distanciamiento con el dolor de la víctima y una satisfacción por su trabajo disminuyen la presencia de esta sintomatología. (Moreno-Jiménez, B. y otros, 2004; p.222). Según lo propuesto por Alecsiuk, B. (2015) la inteligencia emocional es un recurso que le permite al profesional reflexionar sobre la situación problemática a la que se enfrenta reduciendo la ansiedad y el desgaste, a través de la identificación de las emociones generadas en él y la empatía con la que se relaciona con los demás, logrando un mejor rendimiento. (p. 45)

Sin embargo, la empatía es el elemento que más influye para la aparición del síndrome, Figley (1995) plantea que a través de este factor se logra comprender el proceso traumático por el que la víctima está pasando y por el que el profesional puede traumatizarse también, por lo tanto, a mayores niveles de empatía aumenta la posibilidad de padecer estrés traumático secundario. (Matto, R; Tejera, I; 2016, párr. 14)

Asimismo, Cazabat (1998) tomando como referencia a Figley (1995) plantea que “la capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de nuestra capacidad para realizar el trabajo con nuestros consultantes, y al mismo tiempo en nuestra capacidad para ser lastimados por el trabajo”. (párr. 11)

A pesar de considerar a la empatía una herramienta fundamental en los profesionales que brindan cuidados, el exceso de la misma puede crear daños para continuar con su función. Según Eisenberg (2000) define a la empatía como la capacidad para comprender y colocarse en el lugar del otro, accediendo de manera verbal, a través de recuerdos o de observaciones; y por otro lado le permite compartir sus propias emociones, lo que le puede generar ansiedad o malestar. (Alecsiuk, B; 2015, p.46)

Otro factor que se debe tener presente es la habilidad emocional, según Morán (2002) el sentido del humor tiene una relación directa con los síntomas traumáticos que se desarrollan en el ETS, permitiendo disminuir el impacto de la situación traumática; lo mismo ocurre si se experimentan experiencias positivas durante el suceso. Antonovsky, en 1979,

plantea que la comprensibilidad es un aspecto que le permite a las personas tener un sistema cognitivo estructurado donde integra creencias que le permiten anteceder a ciertos acontecimientos que le resultan asimilables desde una realidad ordenada y estable, si excede este sistema la aparición de ETS se posibilita. En el mismo año, Kobasa menciona la personalidad resistente como la capacidad para afrontar situaciones estresantes de forma comprometida, controlable y capaz de percibirlo como un reto donde se generen oportunidades para adaptarse mejorando sus competencias, y no sea solo considerado como una amenaza. (citados por Matto, R. y Tejera, I; 2016, párr. 15)

Otro componente sugerido por Montero, F. (2014) en relación con la incidencia del ETS es el proceso de recuperación y relajación luego de la exposición a estresores presentados por la tarea que se realiza, denominado Recovery. Dicho autor remite a lo propuesto por Meijman & Mulder (1998) quienes plantean que la recuperación es una función de los sistemas individuales que luego de transitar una experiencia estresante proceden para retornar al estado previo en el que se encontraba el sujeto. Es visto como el proceso opuesto al realizado por el proceso de estrés; es restaurar el estado de ánimo y los recursos utilizados para atravesar dicha situación. Por otro lado, toma lo sugerido en Stone, Kennedy-Moore & Neale (1995) sobre la relajación, donde lo relacionan con un estado de baja activación, donde surgen afectos positivos y se asocia a actividades de ocio. (p.44)

Es necesario tener en cuenta dos aspectos fundamentales sobre el terapeuta, uno debe ser la experiencia en el trabajo con el trauma considerado como un factor de resiliencia, y el otro sobre la cantidad de personas atendidas, en este caso presenciado como un factor de vulnerabilidad, donde el terapeuta se encuentra más expuesto a padecer ansiedad severa, pensamientos recurrentes e impulsividad. Lind (2002) alude a la existencia de una relación entre el síntoma y la cantidad de horas que se disponen a realizar la tarea. A través de los estudios realizados, Stamm (1999) identifica dos grupos que presentan mayor prevalencia a presentar ETS, estos serían: el personal de los servicios de emergencia y el servicio de protección social. (citados en Moreno-Jiménez, B. y otros, 2004, p. 219).

No obstante, utilizando el término de Desgaste por empatía, Cazabat (1998) menciona que el mismo puede darse por la exposición a un acontecimiento traumatizante o a varios sucesos, y su aparición puede irrumpir sin previo aviso. (párr. 14) Se presentan algunos instrumentos utilizados para su medición.

Evaluación del ETS

A partir de la distinción con cuadro de Trastorno de Estrés Postraumático, Figley & Stamm (1995) elaboran el *Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción* como instrumento que les permite medir síntomas específicos sobre ETS. Cuenta con 66 ítems, 45 pertinentes a la persona en sí y 21 remiten a la labor como profesional que brinda cuidados, donde las respuestas son dadas a través de la escala de Likert (desde 0 = “Nunca” hasta 5 = “Siempre”). En este cuestionario se miden tres factores diferentes: satisfacción de compasión, burnout y por último la fatiga de compasión, que permiten evaluar los elementos positivos y negativos frente a la tarea que llevan a cabo como también los riesgos por el ambiente laboral y las situaciones a las que se enfrentan al ayudar a otro que lo necesita. Según los autores este instrumento podría utilizarse de insumo para develar indicadores de problemas. Una versión posterior sobre esta escala revisada y modificada por Stamm, Larsen, Davis (2002) se denomina *Professional Quality Life Scale: Compassion Satisfaction and Fatigue Subescales R-III*; aunque se dividen en las mismas subescalas que en la versión anterior este instrumento está compuesto por 30 ítems algunos creados específicamente para la obtención de datos relevantes que antes no eran abordados, siendo una adaptación teóricamente más sólida. (Moreno-Jiménez, B; Morante, M.E; Garrosa, E; Rodríguez, R. & Losada, M.M; 2004, pp. 70-72)

Por otro lado, Motta, Kefer, Hertz & Hafeez, (1999) desarrollan el *Cuestionario de Trauma Secundario*; aplicado para comprobar su validez en profesionales de la salud mental considerado un buen instrumento para medir los síntomas de ETS. (Moreno-Jiménez, B. y otros, 2004b, p.71)

Otro instrumento elaborado por Figley & Bride en 1999, es la *Escala de Estrés Traumático Secundario* donde miden la frecuencia con que los síntomas de intrusión, evitación y de activación aparecen en profesionales sociales y trabajadores que brindan cuidados. Este instrumento permite conocer el impacto de esta sintomatología y definir los esfuerzos necesarios para mejorar el afrontamiento de los efectos negativos producto del trauma secundario. (Moreno-Jiménez, B. y otros, 2004b, p.71)

A modo de ejemplificar la evaluación del ETS, Meda, R; Moreno-Jiménez, B; Palomera, A; Arias, E. y Vargas, R. (2012) realizan una investigación de evaluación sobre el Estrés traumático secundario, comparado en Bomberos y Paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara (México), utilizaron como instrumento el Cuestionario de Estrés Traumático Secundario, creado por Moreno, Morante, Garrosa, Rodríguez & Losada (2004), con el cual se logran medir también las variables de antecedentes, de personalidad y las consecuencias resultantes del estrés traumático secundario. La muestra profesional seleccionada corre el riesgo de desarrollar ETS, pero realizan tareas distintas, el objetivo de

comparar su prevalencia se debe a que los factores de riesgo laboral también son diferentes. Por un lado, el grupo de Bomberos resultó con mayores niveles de sobrecarga laboral, empatía y consecuencias sociales, mientras que la muestra de Paramédicos mostró niveles más elevados en las subescalas de presión social y comprensibilidad. Además indagaron las diferencias que se presentaron según el género, determinando que en las mujeres la presión social era mayor, y que en hombres se encontraron niveles elevados de sobrecarga laboral y sentido del humor. En cuanto a los niveles generales que se presentan en cada subescala para medir el síndrome del ETS, se encontraron resultados diversos, en la subescala de sintomatología traumática secundaria se presentaron los valores de media más altos, en la subescala de sacudida de creencias se obtuvieron valores intermedios, es decir que alguna vez cuestionaron sus creencias al atravesar una situación estresante, y por último en la subescala de fatiga emocional se presentaron valores bajos donde no se percibieron afectados por su trabajo; es decir, que desde las profesiones no mostraron un alto riesgo laboral; sin embargo, estas profesiones muestran una naturaleza estresante por el hecho de brindar ayuda en emergencias y crisis, siendo un proceso donde intervienen factores organizacionales, contextuales e individuales, donde se incluyen vulnerabilidades y resiliencia; pero se debe tener presente al decir de varios autores (Lazarus & Folkman; 1984; Kobasa; 1979) que no todas las personas son afectadas de la misma manera a estresores ni responden de la misma manera, por ende los factores individuales son fundamentales al momento de que se desarrolle la sintomatología de ETS. (citados por Meda, R. y otros, 2012)

A raíz de plasmar las dificultades que atraviesan los profesionales de la salud al llevar a cabo su tarea laboral, surge la necesidad por indagar las estrategias de Autocuidado como herramienta de intervención que posibilite revertir o amortiguar los efectos residuales de la praxis.

Al decir de Millon, G. (2014):

el estudio del Autocuidado como variable asociada a la prevención y tratamiento del desgaste laboral, por lo que se hace imperante abordar ésta problemática en diversos tipos de profesionales, especialmente en aquellos que adquieren un valor relevante en la resolución de conflictos a terceros, y que son en sí mismos una herramienta valiosa, disponible para las personas que precisen de ella. (p. 63)

Autocuidado

Concepto de Autocuidado

Este término surge en 1930 por Orem (1993) quien lo definió como : “aquellas actividades que realizan los individuos, familias, grupos y comunidades con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe y restablecer la salud, cuando es necesario”. (Millon, G; 2014, p. 68)

Según Uribe, T.M. (1999) el cuidado es una función inherente del ser humano, para su supervivencia y la de los grupos, por lo tanto, se relaciona con la promoción de salud y desarrollo de la calidad de vida, determinada por factores culturales que constituyen el comportamiento humano. La práctica de autocuidado es considerada como una línea que posibilita el crecimiento en todas las habilidades de los seres humanos. Es por eso que Duque y Gómez (2014) plantean que en esta práctica se ponen en juego los conocimientos, las creencias, hábitos y valores de la vida. (p. 41). Para ello, Ojeda (2006) sugiere que la persona debe ser consciente de sus carencias y vulnerabilidades, como también de sus fortalezas y recursos personales, para procurarse los cuidados requeridos según sus necesidades. (p. 25)

Asimismo Tobón, O. (2012) plantea que la calidad de vida se ve afectada por dos factores, uno relacionado a factores protectores que actúan aumentando los niveles de salud y otros factores de riesgo que habilitan la aparición de enfermedad. En cuanto al primer factor se deben desarrollar prácticas protectoras, como realizar deportes, tener un pasatiempo, hábitos saludables; y las prácticas necesarias ante el segundo factor se relacionan con acciones preventivas donde el fin sea evitar la enfermedad. (p. 4)

Esta misma distinción entre los factores es propuesta desde una perspectiva de encuadres por Homan, K; Jara, P. y Mora, M. (2009) donde el sujeto, grupo o comunidad es capaz de realizar una “lectura y escritura” de un suceso desde estrategias protectoras basadas en un encuadre positivo donde busca desarrollar sus capacidades y competencias, mientras que las estrategias preventivas se asocian a un encuadre negativo, donde emergen deficiencias y vulnerabilidades como forma de evitar lo no deseable. (p. 35-36)

Además, Tobón, O. (2012) agrega dos factores más que posibilitan el autocuidado, los factores personales como el conocimiento y la voluntad, y los componentes ambientales externos al sujeto, que habilitan o no el desarrollo de ese tipo de acciones, pero no dependen de ellos, estos últimos tienen que ver con elementos culturales, económicos, políticos, ambientales, familiares y sociales. (pp. 7-8)

El mismo autor considera algunos principios relacionados al autocuidado, definiéndolo como una acción voluntaria de los sujetos para sí mismos, donde la responsabilidad está puesta en el individuo guiado por sus experiencias en la vida cotidiana, avalado por el sistema de salud de manera formal e informal por el apoyo dado socialmente; este carácter social se ve reflejado por la necesidad de adquirir un conocimiento e interrelacionarse, siempre con la búsqueda de mejorar su nivel de salud y desarrollo personal, fortaleciendo su autoconcepto, autocontrol, autoestima, autoaceptación y resiliencia. (Tobón, O; 2012, pp. 4-6)

Arón, A.M. y Llanos, M.T. (2004) plantean que para pensar el concepto de autocuidado, previamente deben considerarse profesionales que brindan ayuda y que por trabajar temáticas complejas como es la violencia, reconocerse como equipos de riesgo que necesitan de estrategias de autocuidado para disminuir la incidencia de su abordaje, mirándose ellos mismos como una herramienta fundamental para su trabajo y donde tengan las condiciones necesarias para realizar su tarea. (p.6)

Para Millon, G. (2014) el autocuidado es considerado una práctica que propicia el bienestar a nivel psicológico del profesional, más allá de las tareas y problemáticas a las que se debe enfrentar; siendo sobre todo una herramienta potenciadora para disminuir el desgaste laboral en contextos estresantes (p. 64-65).

Por otro lado, Radey & Figley (2007) trasladan el término al ámbito de la psicología clínica, donde se devela en varias investigaciones que la práctica de autocuidado los beneficia, incrementando sus recursos intelectuales, físicos y sociales, como también los afectos positivos. (Millon, G; 2014, p. 68)

Según Rotshchild, B. (2009) propone que para pensar el autocuidado en los terapeutas se necesita considerar un buen funcionamiento de al menos tres sistemas neurofisiológico; por un lado los mecanismos cerebrales que intervienen en la empatía interpersonal; por otro tener la posibilidad de mantener el equilibrio en el sistema nervioso autónomo y regular su activación; y por último presentar la habilidad de pensar con claridad manifestando equilibrio en todas las estructuras cerebrales. (p.15)

Muñoz, E. (2016) considera relevante la distinción de prácticas propuestas por Pearlman y Saakvitne (1995) que destacan la existencia de conductas que se pueden realizar tanto a nivel personal (vida privada) como profesional (ámbito laboral); las cuales especifican en:

Realizar actividades variadas, diferentes a la atención directa de casos, supervisión de casos clínicos, utilización del sentido del humor en el ambiente de trabajo, dialogar con los compañeros sobre las experiencias personales en el trabajo clínico, participar en actividades recreativas con los compañeros y en actividades de ocio con las redes sociales extralaborales, hacer deporte y actividad física, involucrarse en actividades de crecimiento espiritual, asistir como paciente a terapia, mantener una sana alimentación, asegurar las condiciones apropiadas del espacio físico para hacer psicoterapia y adquirir experiencia en la práctica de la terapia o bien formarse como psicoterapeuta. (Muñoz, E; 2016, pp. 6-7)

Siguiendo con esta línea, Arón, A.M. y Llanos, M.T. (2004) agregan a las estrategias mencionadas anteriormente: tener la capacidad para registrar de manera oportuna los malestares que acontecen tanto a nivel físicos como psicológicos a consecuencia de realizar su trabajo; tener espacios donde poder “vaciar” el contenido de impacto emocional que el profesional recibe en la escucha, al que muchas veces queda pegado sin poder enfrentar otra situación, si la misma es compartida le permite descomprimirse y continuar con sus tareas; realizar un correcto manejo de responsabilidades, donde el profesional no se sobre exija, ni culpe a los demás. Muchas de las estrategias propuestas para el profesional deben ser brindadas por las instituciones que cuidan a sus equipos, a partir de fomentar un estilo de liderazgo democrático, compartir responsabilidades, generar los espacios de protección, consultorías profesionales para los que recién comienza, así como también llevar a cabo rituales de despedida e incorporación de los integrantes. (pp. 8-11)

Asimismo, Homan, K; Jara, P. y Mora, M. (2009) determinan que la implementación de estrategias de autocuidado debe darse en diversos niveles y de forma simultánea, a lo que proponen cuatro niveles: individual; intra-equipos o entre grupo de profesionales pares; inter-equipos o redes profesionales donde se comparte el rol social; y por último apoyo profesional externo como instancia de acompañamiento al individuo y al grupo para que desarrollen sus capacidades. (p. 41-42)

Por lo tanto, Guerra, C; Rodríguez, K; Morales, G. y Betta, R. (2008) definen a las “conductas de autocuidado como aquellas acciones que puede realizar el propio profesional

y como condiciones de autocuidado a las generadas por las conductas del equipo de trabajo o de los directivos de la organización”. (p. 68)

Según Cooper, Heron & Heward (2006), proponen que el autocuidado es un operante funcional, donde al realizar ese tipo de conductas específicas generan un efecto, en este caso la disminución del desgaste laboral. Por lo tanto, es de esperar que una alta emisión de estas conductas de autocuidado se correspondan con una baja presencia de los niveles de desgaste. (citados en Millon, G; 2014, p. 69)

Para Ojeda, T. (2006) la necesidad de implementar estas conductas se ven determinadas en acciones del profesional, por lo tanto, se deberían identificar las fuentes de tensión que dificultan la realización del trabajo, sean externos o internas del profesional, y reconocer sus efectos en ellos, tanto en su desempeño laboral como en otros ámbitos. Tener en cuenta las vulnerabilidades y experiencias que se movilizaran con la labor, como también las consecuencias y manifestaciones que podrían resultar de su función, como el síndrome de burnout o ETS. Reconocer la necesidad de ser ayudado, asumiendo la responsabilidad de cuidarse a sí mismo a través de acciones como alimentación, descanso, ejercicio físico, entre otros. Corresponde que las propuestas sugeridas deben ser factibles y coherentes con el objetivo que se pretende alcanzar. Con la incorporación de esta práctica se beneficiará el profesional, la institución en la que participa y la persona a la que se brinda atención, otorgándole un servicio de calidad y efectivo donde aumentan las posibilidades de recuperación. (p.25-26)

Modelos de autocuidado

Santana, A. y Farkas, C. (2007) describen los Modelos que se han desarrollado sobre la implementación de prácticas de Autocuidado.

- El primer modelo por definir refiere al afrontamiento a partir del apoyo social por Tonon (2003), quien lo describe como una forma de enfrentar el Síndrome de burnout por los profesionales que brindan cuidados a través del apoyo propiciado por el ambiente laboral, desde lo emocional, instrumental e informacional, brindado por los compañeros de trabajo, grupos informales o jefes, a través de lo que logra replantearse su trabajo y separarlo de su vida personal.

- Otro modelo presentado es el propuesto por Morales & Lira (2000) sobre equipos psicosociales que trabajan sobre el Maltrato a través de la implementación de talleres realizado en Chile; identificando 4 tipos:
 - Modelo de Reivindicación Institucional, donde se hace foco sobre las condiciones laborales en las que trabajan los equipos (Infraestructura, salarios, etc.)
 - Modelo de Identidad Social, tiene que ver con el rol que se le atribuye al profesional.
 - Modelo de Impacto Emocional, referido a los sentimientos que atraviesan al terapeuta en el trabajo con personas afectadas por violencia. Este modelo es el que principalmente se relaciona con el estrés traumático secundario.
 - Modelo de Sociabilidad, estableciendo la necesidad de formar espacios de esparcimiento donde los equipos interactúen desde lo lúdico y recreativo, no referido al trabajo (celebraciones, apoyo en lo personal, etc.).

- El Modelo Organizativo de Programa de AC de Profesionales, quien Barudy (1999) utiliza por su experiencia de participar en equipos que generaron Estrategias de Autocuidado, marcando dos recursos fundamentales en el programa; el altruismo social y la organización en redes, el primero se asocia a la protección y cuidado fomentado a nivel social y el segundo a la eficacia y competencia del profesional para organizarse en redes. Estas redes deben estar compuestas de forma sana ya que con este último recurso se evita la fatiga profesional, para ello se definen tres características: coherencia interna (mantener una coherencia a pesar de las tareas heterogéneas a realizar), plasticidad estructural (flexibilidad para concretar las tareas) y capacidad de asociación (comportamientos asociativos que le permitan mantener un orden sobre la tarea y genera sentimientos de equipo).

- Este último Modelo es planteado por Arón, A.M. y Llanos, M.T. (2004) como un factor protector a nivel de la red de profesionales, por el cual los equipos logran sentir apoyo con otros operadores, que le permiten realizar derivaciones vinculares donde el profesional se asegura que la víctima sea atendida correctamente y no se sienta rechazada; les permite descomprimirse y

retroalimentarse dentro de la misma red, como también producir intervenciones en crisis de forma recíproca entre el equipo, donde hay un conocimiento sobre la problemática abordada pero no se está emocionalmente involucrado. (pp. 80-81)

A través de la investigación cualitativa realizada por Rodríguez, M.J. y Arias, S. (2013) sobre el concepto de autocuidado percibido por los terapeutas y las estrategias a emitir para alcanzar un buen vínculo con los pacientes considerados “difíciles” (características personales que dificultan la psicoterapia o presencia de patologías complejas), es que se pone en visibilidad la necesidad del bienestar personal a la hora de establecer una relación sana con el paciente. En cuanto a la noción de autocuidado se mencionaron variables desde tener una buena calidad de vida, un buen ambiente laboral, como también ser parte de un proceso personal que posteriormente habilite a relacionarse con los otros; por este motivo para algunos autores el autocuidado es considerado una exigencia por parte del terapeuta para evitar el desgaste laboral producto de la práctica, conociendo sus consecuencias y previniendo que surjan sentimientos de culpa. Algunas de las estrategias que plantean se relacionan con el respaldo dado por el ambiente laboral, otras con su terapia personal y supervisión clínica, como también tiempos libres entre pacientes, hablar con colegas fuera del entorno laboral. Por otro lado, en cuanto al cuidado personal se plantearon tiempo de ocio y conversar sobre otros temas que no sean del trabajo, como también realizar deportes y respetar tiempos de descanso.

Por otro lado, Cantera, L. y Cantera, F. (2014) proponen la idea de autocuidado activo implementada en la psicología comunitaria, con la cual se desarrollan habilidades para manejar sus emociones de una manera activa y consciente promoviendo el bienestar personal y colectivo, en paralelo a su desempeño laboral. Refieren a un trabajo ondulatorio donde el afuera va hacia adentro y luego realiza el camino inverso. Los autores proponen lo que Sanz (2003) considera el encuadre social como el afuera que al ser internalizado se reproduce en el sistema social, es decir que el sujeto exterioriza lo asimilado, donde está en continua interacción afuera-adentro. Está misma autora sugiere que en el trabajo comunitario o terapéutico se deben tener en cuenta tres niveles: personal, relacional y social; va a pensarse desde lo más ensimismado del profesional a lo macro donde interviene. También remiten a los planteos de Zapf (2002) sobre los aspectos emocionales que deben ser tenidos en cuenta en el ámbito laboral, ya que una discordancia emocional produce efecto negativo que podría reflejarse en desgaste laboral. (p. 89-93)

A través de lo expuesto en el *“Manual de orientación para la reflexividad y el autocuidado”* (2009) por Homan, K; Jara, P. y Mora, M; formulan que se debe tomar un tiempo para reflexionar sobre su vida cotidiana desde una visión cuantitativa, es decir, pensar el tiempo empleado en realizar diversas actividades, pero también revisar cualitativamente el uso de ese tiempo. Algunos de los aspectos a cuestionar son: el ámbito laboral, el intercambio familiar, vínculo con amistades, recreación y esparcimiento, descanso, actividad física, relacionamiento con la comunidad y formación profesional. Por un lado, el apoyo mutuo y la contención brindada por los equipos a sus pares, fortalece de manera personal y profesional en el ámbito laboral, permite mejorar la realización de la tarea desde la motivación y el acompañamiento; para ello se propone realizar un listado con los integrantes del equipo mencionando sus características positivas, fomentando al dialogo colectivo. También a través de los espacios generados es necesario abarcar los temas de la propia experiencia de la tarea, realizar análisis sobre casos complejos como también evaluaciones sobre el desempeño laboral donde retroalimentarse. Uno de las actividades que más se relacionan con el autocuidado son los espacios de distensión, sociabilidad y esparcimiento, donde los integrantes de los equipos que participan logran un mutuo conocimiento personal, en una interacción alejada de la temática laboral. Generar espacios abiertos para practicar actividades con el equipo sobre conciencia corporal y emocional para alcanzar un bienestar colectivo, con sentimientos de empatía, compañerismo y apoyo. Además se sugiere realizar ejercicios colectivos antes, durante o después de la jornada laboral con técnicas básicas para obtener un estado de bienestar previo o aliviar malestares generados por el trabajo, para lograr conectarse con el cuerpo, se indica que con lo ojos cerrados y en silencio, deben realizar movimientos leves donde imaginen como se siente su cuerpo interiormente; concentrarse en la manera de respirar, aumentando su profundidad, donde a través de la inhalación se provoca la sensación de bienestar y con la exhalación tener la sensación de expulsar el malestar. Realizar masajes a un compañero o auto-masaje con la intención de brindar bienestar cerrando el ejercicio con un abrazo colectivo. Flexibilizar las 13 articulaciones, de arriba hacia abajo, seguido de mover todo el cuerpo para estimular la circulación sanguínea. También proponen ejercicios psicofísicos, que al alterar el ritmo respiratorio con el pensamiento, el beneficio físico alcanzado también repercute a nivel mental. Con una frecuencia diaria de entre cinco a diez minutos los resultados son más eficaces.

Otra de las técnicas de autocuidado utilizada es la práctica de Mindfulness o Atención plena donde se busca estar en contacto con la realidad al momento presente y ser consciente de lo que se hace con todos los sentidos enfocados en la experiencia, si bien la percepción del presente dura un instante la misma podría prolongarse con prácticas como la

meditación, que posibiliten la habilidad para obtener más información de ese momento que suele pasar desapercibido. A través de la atención plena se realizan intervenciones clínicas para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia desde diferentes enfoques psicológicos, como la búsqueda de reducir el estrés por medio de la atención plena (Kabat-Zinn, 1982, 1990), desde la terapia cognitiva (Segal, Williams y Teasdale, 2002), la terapia conductual dialéctica (Linehan, 1993a y 1993b), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y las terapias humanistas como ser la terapia gestáltica (Perls, 1969) focalizadas hacia el presente. (Miró, M.T; 2006, p. 32)

Para Kabat-Zinn (2012) expresa que esta técnica acontece cuando se presta una atención deliberada y no crítica al momento presente donde nace la conciencia. Se lleva a cabo a través del entrenamiento de la mente porque utiliza capacidades innatas del individuo. Plantea que se trata de pasar de una “modalidad de hacer” a una “modalidad de ser” realizando acciones integradas y eficaces por la atención y la conciencia fijadas en el presente. Esto produce que las experiencias sean vivenciadas de forma más consciente donde el sujeto puede obtener más información sobre lo acontecido y en la forma que se establecen sus relaciones con los demás. Se ha demostrado su eficacia en intervenciones clínicas para: reducir estrés y problemas médicos asociados al mismo como ansiedad, pánico y depresión, posibilita una mejor calidad de vida ante enfermedades con dolores crónicos como el cáncer, esclerosis múltiple, trastornos de depresión graves, entre otros. También actúa sobre los procesos cerebrales e inmunológicos de forma positiva. (pp.17-20)

La atención plena no está centrada en el ego, solo busca observar la experiencia sin referencias extras como “yo” o “mío” que distorsionan la situación que se observa. Se plantea como una observación participante donde simultáneamente las emociones, sensaciones y pensamientos son contemplados y sentidos, como también hay una participación y presencia en el proceso de vida. (Miró, M.T; 2006, pp. 42-43).

“El mindfulness consiste en permanecer atento a tu experiencia tal cual es, sin empeñarte en que sea diferente”. (Kabat-Zinn, J; 2012, p. 23)

La atención plena es tanto el medio como el fin de la práctica, desde la contextualización budista es llevado a cabo a través de una meditación, esta técnica tiende a equilibrar la concentración y la visión. Una de las herramientas más utilizadas para entrenar la atención plena es la respiración (Wallace, 2005) y una de las mayores distracciones son los pensamientos, a los cuales a medida que surgen hay que dejarlos pasar y desvanecerse para recuperar la sensación de reposo (Linehan, 1993); la meditación requiere estar centrado en el presente, donde busca soltar la tensión para distenderse experimentando espaciosidad y lucidez en la mente (Tashi, 2006). Existen métodos

formales para llevar a cabo la práctica de atención plena como es el caso de las sesiones de meditación, pero también métodos informales que permiten desarrollar esta capacidad en actividades de la vida cotidiana como caminar, comer, etc. (citados por Miró, M.T; 2006, pp.47-51)

Según Kabat-Zinn, J. (2012) considera que en la práctica de una meditación guiada a través de la atención permite tener la sensación del cuerpo en su totalidad habilitando al sujeto a un estado de conciencia pleno, el cual con la práctica puede sostener esa percepción por más tiempo, evitando así el “piloto automático” al realizar acciones. El mindfulness posibilita reconocer en la experiencia lo que se está viviendo y también se logra acceder a lo que produce internamente. (pp. 41-56). Propone siete fundamentos actitudinales que respaldan la práctica de mindfulness: no juzgar para poder tener una apertura sobre lo inconsciente tomando una actitud de no saber; tener paciencia para enfocarse en el presente sin la necesidad de la dimensión del tiempo; una mente de principiante que permita reconocer cosas nuevas; asumir con confianza lo que se sabe y lo que no se sabe; no esfuerzo hacia lo que sucede atemporalmente, es decir en el ahora; la aceptación implica aprender la realidad y encontrar la manera de relacionarse y actuar en base a eso; y por último dejar ir remite a no identificarse y dejar que las cosas sean como son realmente. (pp.81-91)

Sobre esta técnica de mindfulness, Martín, A; García, G. y Benito, E. (2005) realizan un estudio para comprobar la posibilidad de reducir el estrés en profesionales de la salud, planteando que desarrollar la atención permite mejorar el funcionamiento del sistema de autorregulación donde el organismo logra adaptarse y mantener el equilibrio (Shapiro & Schwartz, 2000) desde el reconocimiento de los síntomas producidos por el estrés, con sus causas y consecuencias para utilizar estrategias eficaces que reduzcan el malestar sobre la salud de los profesionales. Para los servicios sanitarios esta técnica resulta beneficiosa en cuanto a costos reducidos e intervenciones grupales, muchos profesionales se adhieren a ese tipo de programas ya que les resultan asimilables y eficaces, y cuentan con que han sido comprobados por trabajos científicos e implementados en ese ámbito laboral. (pp. 558-560)

Este estudio busca reducir el malestar físico y psicológico, aumentando los niveles de conciencia sobre su salud y generar hábitos saludables para realizar en su vida cotidiana. Utilizaron dos inventarios, el test Medical Symptoms Check List (Travis, 1977) para medir el componente físico y Symptoms Check List 90 Revised (Derogatis, 2002) para medir el malestar psicológico, ambos fueron aplicados antes de comenzar las sesiones y al finalizar el programa; demostrando que los síntomas físicos se redujeron a la mitad al igual que lo

ocurrido con el malestar psicológico, indicando una mejora en todos los ámbitos (bienestar, energía, actividad, visitas al médico, medicación, dolor y presión sanguínea). Además, mostraron un mayor reconocimiento sobre el estrés y posibilidades de afrontarlo adecuadamente, preocupándose por su salud y proporcionando cuidados, generando cambios al afrontar su vida cotidiana, separando el trabajo de la familiar o teniendo más paciencia. Sin embargo tres de los participantes se mostraron peor o igual que al comienzo del estudio, responsabilizando sucesos externos al trabajo o al programa, como fallecimiento de un familiar o nacimiento de un hijo. (Martín, A. y otros; 2005, pp. 560-569)

A través de las propuestas existentes para llevar a cabo estas prácticas se concluye que:

el autocuidado tiene como efecto común la disminución del desgaste laboral, por lo tanto, se asocia la emisión de conductas de autocuidado con bajos niveles de desgaste laboral en cualquiera de sus dimensiones. Desde esta mirada, el autocuidado corresponde a un constructo psicológico molecular, ligado estrechamente a aspectos observables y medibles en forma directa. (Millon, G; 2014, p.65)

Según lo propuesto por Millon, G. los efectos producidos por las prácticas de autocuidado ante el desgaste laboral se pueden ver reflejado en investigaciones que lo midan, expuestas a continuación.

Investigaciones sobre ETS relacionadas con prácticas de Autocuidado

El autor Guerra Vio (2011) evalúa la “Validez discriminante de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos clínicos” donde a través de la prueba t compara los resultados obtenidos en dos muestras, unos presentan altos niveles de estrés traumático secundario mientras que los otros no tenían esa sintomatología de desgaste laboral. Aplica tres instrumentos: Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos, Escala de Estrés traumático Secundario y el Cuestionario de variables sociodemográficas. Las respuestas que obtuvo confirman su hipótesis; el grupo de Psicólogos Clínicos sin presencia del trastorno tiene mayores puntajes en la Escala de Conductas de Autocuidado, por lo tanto realizan conductas de autocuidado con mayor frecuencia, al contrario del grupo que si presenta ETS donde la práctica de conductas de autocuidado es de forma ocasional. Posteriormente realiza un análisis más detallado según la presencia de ETS, en niveles

“bajos”, “moderados”, “altos” y “severos”, donde los resultados reafirman la validez discriminante de la Escala, es decir que a mayor desgaste laboral menor es la frecuencia con la que realiza prácticas de autocuidado. Estudio que confirma lo planteado anteriormente.

Por otro lado, Guerra, C; Fuenzalida, A. y Hernández, C. (2009) realizan una investigación sobre los “Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual en el Aumento de Conductas de Autocuidado y Disminución del Estrés Traumático Secundario en Psicólogos Clínicos”; para ello se aplicó un taller cognitivo-conductual a modo de intervención grupal donde se fomentan la emisión de conductas de autocuidado para disminuir el estrés traumático secundario. Se utilizaron los mismos instrumentos que en investigación anterior para obtener los datos necesarios; se suministraron a un grupo experimental y otro de control. En ambos grupos no se presentaron diferencias en cuanto al Estado civil, número de hijos y años en los que ejercen como psicólogos clínicos, como tampoco se mostraron diferencias en la frecuencia con la que emiten conductas de autocuidado (práctica ocasional) y en los niveles de ETS que presentan (considerados valores altos de sintomatología); si poseen características diferentes en las variables de edad y años como psicólogos donde el grupo experimental es representado por cifras menores, además del género del mismo donde solo participan psicólogos de género femenino mientras que el grupo control tiene una composición dividida presentando la misma cantidad de hombres y mujeres. El estudio concluyó en que la participación en los talleres (grupo experimental) provocó un aumento en las prácticas de conductas de autocuidado, calificando como práctica frecuente, disminuyendo el estrés traumático secundario a niveles bajos; mientras el grupo control que no participó de los talleres, manifestó que no se realizaron cambios en la frecuencia con la que emiten conductas de autocuidado y aumentaron los niveles de estrés traumático secundario, manteniéndose en puntajes altos de la escala. Por lo tanto, el grupo experimental presentó diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos en las evaluaciones de pretest y postest en las variables que intervienen.

En los resultados obtenidos de ambas investigaciones se puede visualizar que la práctica de conductas de autocuidado disminuye la incidencia de la sintomatología de ETS. Toma relevancia la asiduidad con la que estas prácticas se realizan, a mayor frecuencia de conductas menor será la incidencia del desgaste laboral.

Otra de las investigaciones donde ambos temas son abordados es realizada por Betta, R; Morales, G; Rodríguez, K. y Guerra, C. (2007) llevada a cabo en Chile, donde evalúan la relación entre *“La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los*

niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos". Proponen las estrategias de autocuidado como la herramienta de afrontamiento, de dos tipos de desgaste laboral, ETS y depresión. Es un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional de tipo transversal, en el cual utilizan como Instrumentos: Escala de estrés traumático secundario, Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de variables sociodemográficas y de autocuidado. En cuanto a los resultados observados en la aplicación del primer instrumento se obtienen bajos niveles de ETS y en cada una de sus subescalas de intrusión, evitación y activación. El mismo resultado se adquiere del instrumento aplicado para indagar los niveles de depresión, determinando que presentaban niveles mínimos de depresión o ausencia de la misma. Se debe tener en cuenta que los datos obtenidos en estos instrumentos reflejan que la muestra es heterogénea, donde algunos presentan niveles altos y otros bajos, pero al realizar el promedio de los datos se consideran niveles bajos; es así que cuando se relaciona con el último Instrumento mencionado devela que los psicólogos clínicos que presentan mayor nivel de ETS y depresión son los que con menor frecuencia realizan conductas de autocuidado, y cuanto menor es el grado de ETS y depresión con más frecuentemente practican conductas de autocuidado; a ellos se lo relaciono con las siguientes estrategias: realizar actividades ligadas a la psicología diferentes a la psicoterapia, facilitar la espontaneidad en el trabajo, supervisar los casos, dialogar con los compañeros de trabajo, recrearse con los compañeros de trabajo, familia y amigos, practicar deporte y actividades de crecimiento espiritual, alimentarse sanamente y trabajar en un espacio físico adecuado. Sin embargo no muestras incidir las variables de haber asistido o actualmente participar de una psicoterapia, ni estar acreditado como psicólogo clínico, como tampoco sus ingresos económicos. Por otro lado, la experiencia laboral no mostró inferir en el estrés traumático secundario pero si en la presencia de depresión, cuanto más cantidad de años de experiencia reflejan mayor índice de depresión.

Al igual que en las investigaciones presentadas anteriormente la frecuencia con las que se realizan las conductas de autocuidado se relaciona directamente con los niveles de ETS. En esta investigación se suma otro tipo de desgaste laboral la depresión; en los resultados obtenidos se afirma que las estrategias de autocuidado no solo disminuyen la presencia de ETS, sino que también actúan ante síntomas de depresión.

En Uruguay se realizó un estudio sobre los factores psicológicos y las conductas de autocuidado, asociado al proceso de estrés traumático secundario, en profesionales de la salud mental, llevado a cabo por Montero, F; en el año 2014, sin contar con ningún antecedente en nuestro país donde estas temáticas hayan sido abordadas. Dicho trabajo toma como muestra a profesionales y trabajadores de la salud mental (Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeros, Asistentes sociales y Vigilantes) que desempeñan sus labores en

el Hospital Vilardebó, donde estima la prevalencia de sintomatologías relacionadas con ETS; por ser considerado un sector donde los profesionales de la salud están expuestos a situaciones altamente estresantes.

Utiliza la metodología de encuesta, con un diseño transversal, donde efectúa un análisis descriptivo y exploratorio de los datos obtenidos cuantitativamente. Empleó como instrumentos: Escala de ETS; Burnout Inventory versión Human Services Survey; Interpersonal Reactivity Index (permite medir la disposición empática); Maintenance of Emotional Separation Scale (evalúa la capacidad de separación emocional); Five Facet Mindfulness Questionnaire (cuestionario para medir Mindfulness); Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (en este estudio se utilizó el concepto de “profesional de la salud mental” en lugar de “psicólogo”); Recovery Experience Questionnaire (mide el Recovery); por último desarrolló dos cuestionarios específicos para ser empleados en su estudio que le permitió medir la exposición a experiencias extremas (basado en el Inventario de Experiencias Extremas) y el trauma personal.

Dentro de esta investigación se indagan los niveles de burnout, la capacidad de mindfulness, separación emocional, recovery, historia personal, exposición a experiencias extremas y la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado; interrelacionado con la incidencia de ETS.

En cuanto a los resultados obtenidos al aplicar dichos instrumentos podríamos decir que en relación con el ETS un 35,1% no presenta o son escasos sus síntomas de dicho trastorno, el 28,4% leves, el 13,5% moderados, el 8,1% altos y el 14,9% severos; es decir que un 64,9% está presente el trastorno, aunque en diversos niveles. También se observa que un 36,5% presentan sintomatología de Trastorno por Estrés Postraumático debido al ETS. Una de las variables que identifica con la probabilidad de desarrollar la sintomatología mencionada es la variable sexo, según los resultados se da una mayor presencia en el sexo femenino. Tomando los síntomas como indicadores en las subescalas se visualiza con mayor frecuencia la activación, seguido de la evitación y ambos predominan sobre los síntomas intrusivos. Por otro lado, busca una correlación entre el ETS y las tres dimensiones de burnout, en cuanto el agotamiento emocional y la despersonalización se refleja que si estas variables aumentan también lo hace el ETS, son una asociación de tipo positiva, mientras que en la realización personal está relación se da de manera inversa, si disminuye esta dimensión aumenta el ETS, siendo asociación de tipo negativa. Otro de los objetivos propuestos en el estudio es indagar entre factores individuales y el desarrollo del ETS; en cuanto a la atención plena concluye que hay una relación de tipo negativa visualizando que a menor predisposición a Mindfulness mayor nivel de ETS. También se

concluye que a mayor separación emocional que el trabajador establezca con el sujeto menor será la intensidad del ETS. En cuanto a las conductas de autocuidado los porcentajes presentados según la frecuencia de emisión es que un 9,5% de los encuestados casi nunca realizan esta práctica, un 59,5% ocasionalmente, 25,7% es frecuente y muy frecuentemente un 5,4%; en la comparación de estos resultados con los niveles de ETS, se obtiene que estos últimos bajan cuando las conductas de autocuidado se realizan con mayor frecuencia. Otro factor que analiza es la capacidad de Recovery, es decir la capacidad de recuperación luego de realizar cierta tarea; los valores muestran que a menor puntaje en esta escala mayor será la intensidad del ETS. También se relaciona la historia personal del trabajador, es decir, si este ha experimentado en algún momento de su vida una situación traumática; en los datos se refleja que a mayor nivel de trauma personal también lo serán los niveles de ETS. Lo mismo ocurre en cuanto a la exposición del trabajador a experiencias extremas vividas por los usuarios que atienden. Los resultados develan que si factores individuales del profesional se mantienen elevados menos será la aparición de ETS. (pp. 56-87)

A pesar de todos los factores presentados en este estudio que intervienen en la prevalencia del ETS, considero relevante destacar que las relaciones establecidas con las conductas de autocuidado se corresponden con los resultados demostrados en las investigaciones anteriores.

Por otro lado, Muñoz (2016) lleva a cabo un estudio de correlación entre conductas de autocuidado y los niveles de burnout asociada con su sintomatología en psicólogos clínicos y sanitarios, con la aplicación de tres instrumentos de medida: Cuestionario de información general elaborado ad hoc, Inventario de Burnout de psicólogos y Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos. A través de datos obtenidos concluye que la emisión de conductas y condiciones de autocuidado no tienen una relación inversamente proporcional que afirme bajos niveles de burnout y de escasa presencia de sintomatología.

Según los resultados de este estudio se genera otra distinción entre burnout y ETS, donde devela que la prevalencia de burnout necesita de un mayor compromiso para su recuperación, donde quizás las estrategias de Autocuidado sean limitadas. Es decir, que las conductas de autocuidado no benefician por igual a las diversas manifestaciones en las que se puede desarrollar el desgaste laboral. Esta última investigación se contrapone con los resultados obtenidos en los estudios anteriores.

Conclusiones

El estrés es considerado un factor esencial desde los comienzos de la vida y según como se enfrente a esa situación que lo desequilibra es que se podrá predecir sus futuros comportamientos ante situaciones nuevas; es decir que un sujeto que se siente amenazado por una situación estresante va actuar frecuentemente de la misma manera para resolverlo. Sin embargo, este rasgo marca la singularidad de cada sujeto, ya que no todos consideran la misma situación alterante, ni responden de la misma forma ante un mismo hecho. Desde la concepción de estrés traumático secundario aparecen las mismas cuestiones en juego.

El término de estrés traumático secundario desde sus comienzos con Figley , no ha variado en cuanto a sus principales características, ni síntomas en los que se manifiesta. Sin embargo, se considera una afectación difícil de detectar, por lo tanto, genera la necesidad de promover un mayor conocimiento sobre las profesiones que están más expuestas a padecerlo y a lo que esta sintomatología conlleva.

Se genera la necesidad de diferenciar las diversas formas en las que el desgaste laboral puede expresarse. Si bien algunos de los términos empleados comparten síntomas, es ineludible reconocer el cuadro para su tratamiento.

Es considerada una sintomatología que afecta mayoritariamente a profesionales que se encargan de brindar ayuda a un otro que la necesita como es el caso de los profesionales de la salud, estas exposiciones constantes a situaciones estresantes generan movimientos empáticos que conmueven al profesional que efectúa su tarea; por lo cual se debe valorar la necesidad de que, en ciertas áreas, se advierta sobre síntomas que pueden aparecer.

Las estrategias de autocuidado se consideran una forma de intervención que promueve, previene y rehabilita a los profesionales que padecen algún tipo de desgaste laboral, si bien en las investigaciones plasmadas se observa que dicha práctica beneficia mayoritariamente a tipos de desgaste como ETS y depresión, no quiere decir que sea ineficaz para el burnout sino que requiere de otro proceso, quizás sea necesario realizar las conductas por más tiempo o que se den cambios institucionales profundos que mejoren las

condiciones laborales, sabiendo que su aparición es de forma gradual y diversas circunstancias pueden incidir.

Las prácticas propuestas sobre conductas de autocuidado pueden llevarse a cabo desde las instituciones como de forma individual. Cuando este hábito se promueve genera mejoras en todos los actores que intervienen, las organizaciones, el profesional y el usuario. Desde este lugar se consigue brindar un cuidado más eficaz, de mejor calidad, con un mayor compromiso por parte del profesional de la salud, que le permite ser cuidado también, siendo el mismo su herramienta de trabajo.

Es necesario rescatar de las indagaciones presentadas la importancia que tiene la frecuencia con la que estas conductas se desarrolladas, no es lo mismo que la práctica se realice de manera ocasional a que ocurra con mayor frecuencia, por lo que repercute de forma diferente frente al desgaste laboral.

A partir de las investigaciones incluidas se puede concluir que en su mayoría existe una relación inversamente proporcional entre la presencia de estrés traumático secundario y la implementación de estrategias de autocuidado; estableciendo que a mayor frecuencia de prácticas de autocuidado menor prevalencia de ETS.

Referencias Bibliográficas

- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV (1), 43-56. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281944843006>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. 5ta. ed. Arlington. VA.
- Arón, A.M. y Llanos, M.T. (2004) Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 20(1-2), 5-15.
- Betta, R; Morales, G; Rodríguez, K. y Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3(9), 9-19. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80103902>.
- Cantera, L. y Cantera, F. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97.
- Casillas, O. (2016). Estrés traumático secundario y salud en la atención profesional con familias: una mirada relacional. *Santiago*, vol. 1. pp. 95-109.
- Cazabat, E. (1998). *Desgaste por empatía: las consecuencias de ayudar*. Recuperado de:
<http://www.oocities.org/hotsprings/9052/cf.htm>.
- Duque, V. y Gómez, N. (2014). Guatemala C.A. Organismo Judicial. *Manual Lineamiento para el cuidado de los equipos, promoción de autocuidado y atención en crisis*.

- Guerra, C. (2011). Validez discriminante de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *SUMMA psicológica UST*, 8 (2), 39-44.
- Guerra, C; Fuenzalida, A. y Hernández Morales, C. (2009). Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual en el Aumento de Conductas de Autocuidado y Disminución del Estrés Traumático Secundario en Psicólogos Clínicos. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 73-81.
- Guerra, C., & Pereda, N. (2015). Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 45 (2), 177-188. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97044007003>.
- Hernández García, MC. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología* 2017, 14(1), 53-70
- Homan, K; Jara, P. y Mora, M. (2009). Gobierno de Chile, Ministerio de planificación. *Manual de Orientación para la Reflexividad y el Autocuidado*.
- Kabat-Zinn, J. (2012) Mindfulness para principiantes. Barcelona: Kairós S.A.
- Martín, A; García de la Banda, G. y Benito, E. (2005). Reducción de estrés mediante atención plena: la técnica MBSR en la formación de profesionales de la salud. *Análisis y modificación de conducta*, 31(139), 558-571. Recuperado de: <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2149>.
- Matto, R. y Tejera I. (2016). Indicadores del Síndrome de estrés traumático secundario y variables relacionadas en paramédicos de un servicio de emergencias médicas extrahospitalarias gubernamental. Recuperado de: <http://psicoarandu.blogspot.com.uy/2016/10/indicadores-del-sindrome-de-estres.html>.
- Meda, R; Moreno-Jiménez, B; Palomera, A; Arias, E. y Vargas, R. (2012). La Evaluación del Estrés Traumático Secundario: Estudio Comparado en Bomberos y Paramédicos de los Servicios de Emergencia de Guadalajara, México. *Terapia psicológica*, 30(2), 31-41. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200003>.
- Millon, G. (2014). Autocuidado como respuesta al Estrés Traumático Secundario: Estudio desde el marco de la Mediación Familiar. *Revista de Psicología*, 4 (7), 62-79.

- Miró, M.T. (2006) La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia: Mindfulness y psicoterapia*. Epoca II, 17(66/67), 2º/3er trimestre, pp. 31-76.
- Montero, F. (2014). Estudio de factores psicológicos y conductas de autocuidado asociados a procesos de estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental. (Tesis de Maestría) Universidad de la República. Facultad de Psicología. Montevideo
- Morales, G; Pérez, J. y Menares, M.A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 9-25.
- Moreno-Jiménez, B; Morante, M.E; Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2), 215-231.
- Moreno-Jiménez, B; Morante, M.E; Garrosa, E; Rodríguez, R. & Losada, M.M. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22(1), 69-76. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522108>.
- Moreno-Jiménez, B; Morante, M.E; Rodríguez, R. y Rodríguez, A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*, 20(1), 124-130.
- Muñoz, E. (2016). Influencia del autocuidado en la aparición del desgaste profesional en Psicólogos clínicos y sanitarios. (Tesis de Maestría) Universidad Pontificia Comillas. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Madrid.
- Ojeda, T. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. Simposio: Violencia basada en género. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(1), 21-27.
- Pearlman, L.A. y McKay, L. (2008). Estrés traumático secundario. Headington Institute. Recuperado de: http://www.headington-institute.org/files/vicarious-trauma-handout-in-latin-american-spanish_86567.pdf
- Robles, M.E; Badosa, J.M; Roig, A; Pina, B. y Feixas, G. (2009). La evaluación del estrés y del trauma: presentación de la versión española de la escala de trauma acumulativo (CTS). *Terapias psiconeurológicas del trauma*. *Revista de psicoterapia*, 20(80), 89-104.

- Rodríguez, M.J. y Arias, S. (2013). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul Americana de Psicología*, 1(2), 216-234.
- Rodríguez, R. y De Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57. Suplemento 1, 72-88.
- Rothschild, B. (2009). Introducción. En *Ayuda para el profesional de la ayuda: Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. (pp. 13-19) Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Santana, A. y Farkas, C. (2007). Estrategias de Autocuidado en equipos de Profesionales que trabajan en Maltrato Infantil. *Psykhé*, 16(1), 77-89.
- Tobón, O. (2012). *El autocuidado una habilidad para vivir*. Universidad de Caldas. Recuperado de: <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>.
- Uribe, T.M. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*, 17(2), 109-118. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331981>.