



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

 Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**TRABAJO FINAL DE GRADO**  
**FORMATO: MONOGRAFÍA**

El impacto en los profesionales y equipos que  
intervienen en Maltrato y Abuso Sexual de niños, niñas  
y adolescentes.

---

Montevideo, Diciembre de 2019

**Estudiante:** Mailen Pereira

**C.I:** 5. 430. 686- 6

**Tutora:** Graciela Loarche

**Revisora:** Raquel Galeotti

## RESUMEN

La presente monografía se enmarca en la propuesta de Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología, Universidad de la República. Se revisan, analizan, sistematizan, e integran los desarrollos teóricos sobre el Impacto que genera en los Profesionales y Equipos Psicosociales que intervienen en situaciones de Maltrato y Abuso Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes en territorio, dando cuenta de los antecedentes y avances en la materia con perspectiva crítica. Se toman aportes desde la Psicología clínica y de la Psicología de la salud, para contribuir al campo de intervención de la Psicología Comunitaria.

A modo de ejemplo, se articulará las producciones teóricas con la exposición del conocimiento de un dispositivo de intervención de alcance nacional -Comité de Recepción Local SIPIAV de Barros Blancos-, al cual se llegó a través de una experiencia de participación en el mismo, para ejemplificar y poder pensar la situación y una estrategia de autocuidado. Se busca generar visibilidad de la importancia temática, aportar teoría a los profesionales que intervienen en situaciones de abuso y maltrato infantil y/o adolescente, y que este sea tomado como un insumo para la formulación y diseño de posteriores intervenciones e investigaciones en estos equipos.

**Palabras clave:** equipos psicosociales, maltrato infantil, abuso sexual infantil, desgaste profesional.

## RESUMO

A presente monografia se enquadra como proposta de Projeto Final de Graduação do curso de Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade da República. Revisa, analisa, sistematiza e integra desenvolvimentos teóricos sobre o impacto e desgaste profissional que é gerado nas equipes e profissionais psicossociais que intervêm em situações de maus-tratos e abuso sexual de crianças e adolescentes na comunidade, revisando trabalhos anteriores e progressos no assunto com uma perspectiva crítica. Com contribuições da psicologia clínica e da saúde ocupacional, para colaborar com o campo da intervenção da Psicologia Comunitária.

Como exemplo, as produções teóricas serão articuladas com a exposição do conhecimento de um dispositivo de alcance a nível nacional - Comitê Local de Recepção SIPIAV de Barros Blancos-, logrado através de uma experiência de participação nele, para exemplificar e ser capaz de pensar sobre a situação e uma estratégia de autocuidado. buscando gerar visibilidade da importância temática, fornecer teoria aos profissionais envolvidos em situações de abuso e abuso de crianças e / ou adolescentes, e que isso é tomado como insumo para a formulação e desenho de intervenções e investigações subsequentes nessas equipes.

**Palavras-chave:** equipes psicossociais, maus-tratos na infância, abuso sexual na infância, desgaste profissional.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	Pág. 2
RESUMO .....	Pág. 3
GLOSARIO .....	Pág. 5
INTRODUCCIÓN .....	Pág. 6
DESARROLLO TEÓRICO .....	Pág. 7
TRAUMATIZACIÓN VICARIA .....	Pág. 12
ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO .....	Pág. 13
FATIGA POR COMPASIÓN .....	Pág. 15
IMPACTO EN LOS PROFESIONALES Y EQUIPOS QUE INTERVIENEN EN MALTRATO Y ABUSO SEXUAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.....	Pág. 17
REPERCUSIONES INDIVIDUALES .....	Pág. 17
CONTRATRANSFERENCIA .....	Pág. 17
CONTAMINACIÓN TEMÁTICA .....	Pág. 19
REPERCUSIONES EN LOS EQUIPOS .....	Pág. 21
TRAUMATIZACIÓN DE LOS EQUIPOS .....	Pág. 21
FACTORES DE RIESGO INSTITUCIONALES .....	Pág. 22
ROLES .....	Pág. 24
PENSANDO EL SIPIAV EN URUGUAY. ....	Pág. 25
MARCO NORMATIVO .....	Pág. 26
SISTEMA INTEGRAL DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA CONTRA LA VIOLENCIA .....	Pág. 28
COMITÉ DE RECEPCIÓN LOCAL DE SIPIAV BARROS BLANCOS .....	Pág. 33
CUIDADO DE PROFESIONALES Y EQUIPOS COMUNITARIOS .....	Pág. 35
REFLEXIONES FINALES .....	Pág. 40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	Pág. 43
ANEXOS .....	Pág. 53

**GLOSARIO**

AC: Autocuidado

ANEP: Administración Nacional de Educación Pública

ASSE: Administración Nacional de Los Servicios de Salud del Estado

ASI: Abuso Sexual Infantil

BO: Burnout

CDN: Convención por los Derechos del Niño

CNA: Código de la Niñez y la Adolescencia

CRL: Comité de Recepción Local

EAC: Estrategia de Autocuidado

ED: Escuelas Disfrutables

ETAF: Equipos Territoriales de Atención a las Familias

ETS: Estrés Traumático Secundario

FC: Fatiga por compasión

JER: Jóvenes en Red

INAU: Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay

INMUJERES: Instituto Nacional de las Mujeres

INTERIN: Proyecto intersectorial de atención para el desarrollo y el aprendizaje, la promoción de derechos y el fortalecimiento de las instituciones educativas.

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

NNA: niños, niñas y adolescentes.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OT: Ordenamiento Territorial - MIDES

SIPIAV: Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia

SENAME: Servicio Nacional de Menores

SOCAT: Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial

TV: Traumatización Vicaria

UCC: Uruguay Crece Contigo

UCDIE: Unidades Coordinadoras Departamentales de Integración Educativa

UNICEF: United Nations Children's Found

## INTRODUCCIÓN

### *Apartado personal*

En 2018 a partir de la participación en el Comité de Recepción Local (CRL) del Sistema Integral de Protección de la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) ubicado en Barros Blancos, Canelones, pude detectar que las intervenciones en Maltrato y Abuso Sexual de niños, niñas y adolescentes (NNA) afectaba a los profesionales implicados, lo cual se sentía y expresaba como un problema, tanto en la interna del grupo como en el intercambio con diferentes dispositivos y actores del territorio.

La motivación personal surge por el interés de realizar un cierre a mi formación retomando la temática del Maltrato y Abuso Sexual Infantil, que fue la que impulsó mi elección de la Licenciatura en Psicología. A lo largo de la carrera tomé conocimiento de los desarrollos teóricos sobre el tema, enfocados en el impacto generado en los NNA y en sus familias, así como también algunos estudios sobre ofensores sexuales; pero pude apreciar una carencia en desarrollos teóricos que tomen como central indagar la afectación de los profesionales que intervienen en estos casos. Realizar nuevos aportes que sirvan para visibilizar el impacto que genera en los mismos contribuye a sus prácticas, lo que a su vez favorece la restitución de derechos de los NNA.

***“Podríamos convenir en decir que la violencia y el trabajo con ella es, básicamente, una acción debilitante, dolorosa y desgastante.”*** (Condon et al., 2011, p. 13)

Realizar un abordaje en Maltrato y Abuso Sexual Infantil, exige más que solamente diagnosticar y detectar indicadores, se necesita que los profesionales a cargo de la intervención posean los recursos adecuados para enfrentar la misma, para asistir a los NNA, y también llevar un registro de las acciones tomadas por si fuera necesario judicializar el caso (Perazza, 2019). Debido a todas estas acciones que un profesional debe sostener y sortear frente a las responsabilidades, la mirada pública y los atravesamientos político institucionales, este trabajo monográfico busca responder: ¿Cómo impacta en los profesionales y equipos psicosociales – el trabajo constante con NNA que han transitado por situaciones de maltrato y abuso sexual?.

En busca de responder esta interrogante en primer lugar se presenta el desarrollo de los conceptos y constructos del desgaste profesional que se consideran como efectos del tratamiento en sucesos traumáticos, entre los cuales se incluye al maltrato y abuso sexual,

presentados como *Estados Traumatoídes* (Thomas y Wilson, 2004), malestares próximos al trauma: Traumatización Vicaria (TV), Estrés Traumático Secundario (ETS), Fatiga por Compasión (FC), Contaminación Temática y Traumatización de los equipos. Continúa con la revisión bibliográfica de anteriores investigaciones, encontrando antecedentes a nivel internacional y nacional. Luego se presenta un análisis de la situación en Uruguay donde se toma como ejemplo el conocimiento generado por la participación en un Comité de Referencia Local de SIPIAV en Barros Blancos, Canelones. Al finalizar se abordan estrategias de cuidado y autocuidado de los equipos y profesionales.

Se entiende que abordar esta temática genera visibilidad y da oportunidad de problematizar las acciones de cuidado llevadas adelante tanto por el profesional en su individualidad, como por las instituciones y en materia de políticas públicas. Se considera además que es un insumo para la formulación y diseño de posteriores intervenciones e investigaciones en estos equipos.

## DESARROLLO TEÓRICO

El Maltrato y el Abuso Sexual Infantil y Adolescente constituyen una violación a los Derechos Humanos, siendo la “expresión de la violencia social presente en todos los ámbitos y estratos socioculturales” (SIPIAV, 2015). En ese sentido se entiende por Maltrato Infantil a:

los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016)

Según el informe de SIPIAV 2018, en Uruguay se ha registrado un aumento significativo en la detección, intervención y registro de situaciones de violencia sufridas por NNA, con un total de 4131 casos atendidos por el dispositivo, lo que no necesariamente corresponde a un aumento de violencia, sino que puede estar ligado a una mayor visibilización. Implica la intervención en más de 11 situaciones por día a nivel nacional, y de 1 caso cada 2 hs. En cuanto a tipos de violencia ejercida, el mayor porcentaje corresponde al *Maltrato Emocional* (32%), seguido de *Físico* (25%), *Abuso Sexual* (23%), y luego por *Negligencia* (20%). La mayoría de las situaciones fueron crónicas y recurrentes (SIPIAV, 2018, p. 50). Estas

manifestaciones de violencia hacia los niños, niñas y adolescentes dejan marcas en su desarrollo, alteran la conducta de apego, la formación de vínculos afectivos, condicionando las vivencias, sentimientos, relaciones y la autoimagen internalizada por quien lo sufre (Peroni y Prato, 2012). “Un ambiente violento, severo y poco receptivo se asoció estadísticamente a un peor desempeño en las áreas de resolución de problemas, motricidad fina, comunicación personal y social” (SIPIAV, 2018, p. 28). Es por esto que quienes padecen maltrato en su infancia, crecen dudando de su capacidad para interpretar la realidad, volviéndose muy inseguros de sí mismos y de sus capacidades, percibiendo al mundo como un lugar peligroso y generando un sentimiento de desconfianza en general (Peroni y Prato, 2012).

En el presente trabajo se tomará el posicionamiento de E. Echeburúa, P. De Corral y P.J. Amor (2005) que definen a un suceso traumático como:

un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión (p. 246).

Dentro de los sucesos traumáticos más habituales con intencionalidad encontramos a las "agresiones sexuales en la vida adulta, relación de pareja violenta, terrorismo, secuestro y tortura, muerte violenta de un hijo, abuso sexual en la infancia y maltrato infantil" (Echeburúa, De Corral y Amor, 2005 p. 246).

Resulta interesante citar la postura de Benyakar (2016) quien propone sustituir el término *traumático* por *lo disruptivo*, puesto que “calificar una situación como traumática por la potencia o la intensidad que el consenso social le asigna es adjudicar un rasgo propio del orden de lo psíquico a un evento del orden de lo fáctico” (p. 42), esto quiere decir que no se puede caracterizar un evento refiriendo a sus consecuencias, ya que la misma situación impacta de manera singular en cada individuo, es decir, en el caso de un abuso sexual, no es traumático en sí mismo, sino un evento disruptivo que afecta de diferentes formas a cada individuo (por el nivel de apoyo social que tenga, los recursos internos como por ejemplo los mecanismos de adaptación, la predisposición genética, la cercanía con el abusador, etc.) (Johnson citado por Villalobos, 2012, p.176). Lo traumático sería el proceso psíquico producido por ese evento disruptivo (Benyakar, 2016, p. 8). En ese sentido, se entiende a lo disruptivo como “todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteran su capacidad integradora y de elaboración.

Lolas (citado por Benyakar, 2016) afirma que “Agresión y violencia son actitudes humanas que provocan daño psíquico” (p. 32).

Una de las formas desadaptativas que tiene el psiquismo de reaccionar frente a estas situaciones que no logran ser elaboradas es presentando la sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) que aparece en el DSM-IV-TR (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) (American Psychological Association, 1995) dentro de los Trastornos de Ansiedad como un conjunto de signos y síntomas que producen un deterioro significativo en la calidad de vida de quien los padece. El estrés se considera desde el modelo transaccional como un proceso interactivo entre un individuo determinado y las exigencias de su entorno, quien lo evalúa como abrumador ante los propios recursos cognitivos, su capacidad para manejar, mitigar o alterar esas demandas en beneficio de su bienestar (Lazarus y Folkman citado por Farkas, 2002). Kabat-Zinn (citado por Montero, 2014) explica que el estrés actúa de manera interactiva entre los niveles fisiológicos, psicológicos y sociales: “estas múltiples interacciones influyen tanto en nuestros estados mentales como en el resto del organismo, afectando los recursos internos con los que contamos para hacer frente a situaciones estresantes” (p. 20).

Podemos clasificar al estrés en base a dos criterios: tipo de vivencia sufrida (primaria - directa, o secundaria- indirecta), y funcionalidad adaptativa (estrés general y estrés del incidente crítico) o desadaptativa (estrés postraumático y estrés acumulativo) (Robles, Badosa, Roig, Pina y Feixas, 2009). El TEPT se caracteriza por la presencia de recuerdos, sueños recurrentes, imágenes intrusivas del evento que producen malestar, del juego repetitivo en niños, sensación de reexperimentación, evitación de los estímulos que asocian con la vivencia de una situación traumática previa. No necesariamente todos los niños o adolescentes que fueron maltratados desarrollan un TEPT, pero en algunos casos los profesionales tendrán que acompañarlos en este proceso.

Ahora bien, Jiménez (citado por Molas, 2012) expresa que develar las situaciones de maltrato y abuso sexual infantil es “poner de manifiesto aquello que permanecía oculto”, y exponerse al relato de las mismas genera diferentes reacciones, impactos en aquellos que intervienen en ellas, “asimismo puede ocurrir que una revelación, un relato, una marca irrumpen en la cotidianeidad de una organización cualquiera” (p. 88).

El aumento que se ha dado en estos años en cuanto a detección e intervención (que no tiene relación directa con un aumento de violencia en la sociedad, sino más bien, a la visibilización de estos casos), genera como consecuencia la necesidad de un aumento de

equipos de atención -como se aclara en el informe de SIPIAV (2018)- lo que provoca que más operadores se vean expuestos a este tipo de situaciones y con mayor demanda.

Parada (2008) afirma que ayudar al que sufre resulta gratificante y en muchas ocasiones le da sentido al profesional, lo que lo impulsa a dedicarse a eso y no a otra cosa. Pero la misma capacidad de brindarse al otro, de entender y querer aliviar el sufrimiento ajeno, supone un riesgo para la salud mental de los equipos que podría terminar configurándose como desgaste profesional.

Las primeras investigaciones sobre desgaste profesional se dieron en la década de 1970. En 1974 Freudenberguer (citado por Montero, 2014) formula el concepto de *Burnout* (otros autores lo definen también como *Síndrome de estar quemado*), el que surge a través de estudios en las profesiones dedicadas al cuidado de seres humanos (Montero, 2014). Este autor lo explica como el “estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés como consecuencia del trabajo cotidiano en la prestación de servicios y ante expectativas inalcanzables” (Tonon, 2003, p. 38). Esta concepción refiere más a una perspectiva clínica, mientras que desde lo psicosocial se lo entiende como un proceso dinámico que interactúa con diversos factores personales e institucionales, incrementándose de una forma gradual y progresiva a lo largo del tiempo y no abruptamente. En este sentido, "se considera el burnout como un síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral, que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la que el eje del trabajo es el apoyo y la ayuda ante los problemas” (Maslach citado por Quintana, 2005, p. 3). El burnout se constituye por la presencia de tres dimensiones básicas: agotamiento emocional (pérdida de recursos emocionales, sensación de estar abrumado), despersonalización (cinismo, distanciamiento, insensibilidad) y una reducida sensación de logro personal (evaluación del desempeño laboral de forma negativa, no logra objetivos propuestos ni alcanza las altas expectativas). Los síntomas que son crónicos aparecen como un desgaste gradual (Quintana, 2005).

Por otra parte, Quintana (2005) sintetizando el aporte de diversos autores (Arón y Llanos; Azar; Steed y Bicknell) presenta a estos equipos que intervienen con la temática de violencia como un:

grupo de alto riesgo de presentar el síndrome de burnout, debido a las diferentes y fuertes presiones que este trabajo implica, propias de las familias consultantes traumatizadas y multiestresadas, originadas por la falta de coordinación intersectorial que procede en estos casos, además de los efectos que en el trabajador produce la temática misma del maltrato, descritas recientemente en la literatura como la contaminación temática, la traumatización vicaria, y la traumatización de los equipos.

Todas estas fuentes en su conjunto podrían generar el desgaste profesional, y en su intensidad máxima el síndrome de burnout. (p. 2)

Giberti (citada por Santana y Farkas, 2007) identifica como primera zona de riesgo de burnout: "el ingreso en la actividad profesional incorporándose en diversas instituciones dedicadas a la atención, el cuidado y la defensa de los seres humanos, a partir de una ilusión redentora impulsada por la idealización de dicha práctica profesional" (p. 3). También Barudy plantea que el desgaste profesional en estos casos no debería ser explicado solamente por el contenido de la temática, sino también como "el resultado de la escasez de recursos y las malas condiciones de trabajo, a lo que hay que agregar las innumerables paradojas a las que su trabajo les enfrente, así como a las expectativas exageradas de las instituciones y la opinión pública" (Quintana, 2005, p. 2).

Después de finales de la década de 1980, parte de la Psicología se ha centrado en estudiar los efectos originados en el trabajo con personas que han transitado por sucesos traumáticos y de sufrimiento. Se comienza a observar que la exposición indirecta a estos sucesos tiene efectos negativos, siendo equivalentes a los generados en aquellas personas que estuvieron en exposición directa o primaria (Bride, Robinson, Yegidis, y Figley, citados por Montero, 2014). El trato permanente con estas personas genera lo que algunos autores actualmente llaman *Traumatización vicaria*, que es el efecto de reproducir en el profesional los mismos síntomas de las personas que atienden (Arón y Llanos, 2004). A partir de ahí surgen diferentes conceptualizaciones (Montero, 2014): *Persecución secundaria* (Figley, 1982), *Traumatización secundaria* (Follette, Polusny y Milbeck, 1994), *Estrés Traumático Secundario* (Figley, 1995; Bride et al., 2004), *Desgaste por empatía* (Figley, 2002), y *Traumatización Vicaria* (McCann y Peralman, 1990, Pearlman y Saakvitne, 1995).

Thomas y Wilson (citados por Uriarte y Parada, 2008) conceptualizan como *Traumatoid Status*, (que puede ser traducido como *estados próximos al trauma* o *estados traumatoídes*), a aquellos que describen los efectos de la constante y repetida exposición a víctimas traumatizadas, que no necesariamente devienen en trauma, pero sí genera malestares psicológicos normales, predecibles y prevenibles próximos al mismo, como consecuencia de trabajar con el sufrimiento ajeno (Paniagua, 2015). En ese sentido, estos autores consideran la *Traumatización vicaria*, el *Estrés traumático secundario* y el *Desgaste por Empatía* (o *Fatiga por compasión*) como *Estados Traumatoídes*.

Arón y Llanos (citadas por Santana, 2004) expresan que:

(...) quienes trabajan con víctimas de cualquier tipo de violencia están expuestos a un nivel de desgaste profesional, que puede llegar al agotamiento profesional (...) y ser la causa de trastornos psicológicos graves, del abandono de la profesión o del abandono del campo de trabajo (...) estas tendencias impactan a los grupos de trabajo, erosionándolos con graves consecuencias para su supervivencia como equipo, para sus integrantes y para quienes los consultan. (p. 3)

### **Traumatización vicaria:**

La Traumatización Vicaria (TV) se caracteriza por ser en palabras de Saakvitne (2002) una transformación del propio self del profesional, el cual presenta una desorganización de los esquemas y creencias básicas sobre sí mismo, de los demás y del mundo por medio del contacto constante con el material traumático -que otros autores llaman *contaminación temática*- de quien atiende dado el compromiso empático que tiene con éste (Hesse, 2002; Baird y Kracen citados por Costa, 2008). Es un proceso que se da por una aproximación progresiva y por identificación del profesional con el usuario, la cual se prolonga en el tiempo y conduce a cambios nocivos en el bienestar del trabajador. “Es un proceso [cognitivo] de cambio como resultado del compromiso [crónico] empático con los supervivientes del trauma” (Pearlman, 1999, p. 52).

En lugar de integrar la nueva experiencia traumática a sus esquemas y creencias previas, el profesional se reevalúa a sí mismo y al mundo buscando darle un sentido, creando una nueva narrativa personal (Saakvitne, Tennen y Affleck citados por Costa, 2008). En su vivencia interna es cuestionada su identidad propia y profesional, sus valores y la bondad de las demás personas, lo que puede llevar a un distanciamiento y aislamiento de su entorno. Cuestionamientos que sirven de ejemplos: “¿Soy realmente competente para realizar esta tarea?”, “¿Cómo pueden ser tan crueles las personas?”, “¿Qué tan bueno soy si no puedo ayudar a otras personas?” (Costa, 2008, p. 105).

En este caso, aparte de las distorsiones cognitivas, el profesional puede *contagiarse* padeciendo síntomas del TEPT como recuerdos, imágenes intrusivas, comportamiento evitativo de los estímulos que puedan activar esos recuerdos, aumento de la excitación fisiológica (ansiedad, irritabilidad) (Baird y Jenkins; Lerias y Byrne citados por Costa, 2008).

Guerra (2015) citando a Beaton y Murphy, Meyers y Cornille; Neumann y Gamble y Perry, señala respecto a la traumatización vicaria, “que aquellos que trabajan con victimización infantil serían más vulnerables a padecerlo ya que los niños y niñas son los miembros más

frágiles de la sociedad lo que hace más probable empatizar con su sufrimiento y contagiarse emocionalmente” (p. 179).

Entre los instrumentos desarrollados para evaluar la *Traumatización Vicaria* encontramos el *World Assumptions Scale* (WAS) postulado en 1989 por Janoff-Bulman (citado por Costa, 2008), el cual consiste en 32 ítems, divididos en 3 sub-escalas con 10 ítems cada una: *Benevolencia del Mundo*, el *Sentido del Mundo*, y *Yo digno de respeto*. (Ver Anexo 1).

### **Estrés traumático secundario:**

El primero en adoptar el término Estrés Traumático Secundario fue Figley, quien lo define como “aquellas emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro. Por lo cual, el ETS es el estrés resultante de ayudar o querer ayudar a personas traumatizadas o que están sufriendo” (Figley, 1995 citado por Montero, 2014, p. 26). Es un tipo específico de desgaste laboral, cuya condición necesaria pero -no suficiente- para desarrollarlo es el haber estado expuesto a los relatos dolorosos de un tercero (habiendo desarrollado o no TEPT), a quien atiende en calidad de profesional de ayuda, siendo el compromiso emocional del cuidador con el usuario un factor de riesgo. Su aparición -opuesto al burnout- es inmediata, y el énfasis se da en los síntomas relacionados con comportamiento externos, más que en los cambios cognitivos intrínsecos.

Existen dos factores de riesgo asociados al desarrollo de ETS: por un lado, la capacidad de empatía como recurso principal de ayuda a las víctimas, y por otro los sucesos traumáticos personales por los que atravesó el trabajador en algún momento de su vida, que sin estar elaborados pueden activarse al escuchar el relato de quien ha atravesado un trauma similar. Esto lleva a que los trabajadores que atienden a niños con trauma pueden volverse más sensibles a la sintomatología y experimentarla en ellos mismos (Moreno Jiménez, Morante, Garrosa, Rodríguez y Losada, 2004).

Los síntomas del estrés traumático secundario pueden incluir un amplio rango de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático nominado en el DSM-IV-TR (APA, 1994) mencionados anteriormente: pensamientos intrusivos, pesadillas relacionadas con el suceso traumático, insomnio, irritabilidad crónica o estallidos de enfado, fatiga, dificultad de concentración, evitación para tratar con las víctimas, e hipervigilancia o reacciones de sobresalto hacia los estímulos o los recuerdos del suceso traumático de la víctima (Bride citado por Moreno Jiménez, Carmona Cobo, Blanco y Meda Lara 2013).

Moreno Jiménez et al. (2013) definen al ETS como “una reacción normal del profesional de ayuda derivado de su trabajo de exposición al trauma” (p. 202). A través de esta definición normaliza este estado para alejarlo de la noción de enfermedad mental, señalando además que la presencia de un posterior trastorno depende del manejo que haga la persona, el grupo y la organización, poniendo la responsabilidad de su aparición en todos los niveles.

Para Harris (citado por Costa, 2008) es posible que un cuadro de ETS, que es una respuesta normal e inevitable frente a una situación inesperada, desemboque en un Trastorno por estrés traumático secundario (TETS) cuando el profesional de ayuda no logra asimilar ni integrar de forma eficaz la experiencia vivida secundariamente en su visión y entendimiento del mundo. El sujeto intenta retornar al estadio de asimilación una y otra vez, pero si fracasa en la acomodación de ese evento traumático pasa a tener un cuadro de TETS crónico. Este cuadro de TETS (Secondary Traumatic Stress Disorder – STSD) es para Figley (1995) el equivalente al TEPT con la diferencia de que el contacto con la experiencia traumática se da de manera indirecta en el primero y directa en el segundo caso (p. 115).

Guerra (2015) de acuerdo a los estudios previos de Cunningham en 2003, Johnson y Hunter en 1997, y a lo hipotetizado en su estudio sobre estrés traumático secundario expresa que:

los psicólogos que atienden a víctimas de malos tratos y abuso sexual infantil muestran un mayor nivel de estrés traumático secundario y de todos sus síntomas que los que ejercen en un entorno generalista. Aunque los resultados son acotados, su importancia es evidente si se tiene en cuenta que, aparte de la afectación personal de estos profesionales, diversos autores vinculan estos síntomas con un peor funcionamiento profesional (Bride et al., 2004; Gentry, 2003; Salston y Figley, 2003; Sheehy y Friedlander, 2009; Valent, 2002), lo que podría derivar en una mala praxis y consecuencias adversas para los pacientes. (p. 8)

Cabe destacar que existe una mejor tasa de recuperación en ETS comparado al Burnout, pero la presencia de estos síntomas que son más leves en comparación con el síndrome, repercute en las prácticas cotidianas de los profesionales y en la atención que brindan. Es por esto que se vuelve relevante tomar conocimiento de estas afecciones para poder corrernos del enjuiciamiento hacia el profesional mismo, y entenderlo como un fenómeno multicausal que deriva del trabajo con los niños, niñas y adolescentes en situaciones críticas, para el cual se necesita tener un debido cuidado.

El instrumento utilizado para medir el ETS es el *Cuestionario de Estrés Traumático Secundario* (CETS) en español, o *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS) en inglés (Moreno Jiménez et al., 2004), el cual presenta 45 ítems puntuables a través de una Escala Likert con 4 opciones de respuesta desde *Totalmente en Acuerdo* a *Totalmente en Desacuerdo* (Ver Anexo 2). Esta escala considera tres dimensiones: (a) la *subescala fatiga por compasión*, que evalúa el grado de agotamiento físico y emocional que el profesional de ayuda padece debido a la labor asistencial y de auxilio que realiza; (b) la *subescala trauma secundario*, evalúa reacciones de estrés postraumático relacionado con el trabajo o con la exposición a material altamente estresante del cuidado, y en ella se recogen reacciones de tipo cognitivas y emocionales, de acuerdo a la clasificación que establece el DSM-IV-TR, y (c) la dimensión *sacudida de creencias*, que hace referencia al cambio de creencias y valores que puede tener lugar tras el trauma, lo que ha sido identificado como uno de los elementos nucleares de estrés postraumático (Bulman citado por Costa, 2008).

#### **Fatiga por compasión:**

El original *Compassion Fatigue* fue traducido al español también como *Desgaste por empatía*, por lo cual si comparamos ambas definiciones vemos que son muy similares, y en este sentido, se consideran sinónimos. La primera en utilizar el término *Fatiga por compasión* fue Joinson en 1992 al estudiar el Burnout en enfermeras de emergencias, quienes al mostrarse empáticas terminaban absorbiendo el estrés traumático de sus pacientes. Más tarde, Figley (1995) describe la *Fatiga por Compasión* como una respuesta al estrés que emerge de tratar con personas que necesitan ayuda y atención intensas. Portela (2005) la describe como el residuo emocional, la consecuencia natural, predecible, tratable y prevenible de exponerse al trabajo con las personas que sufren consecuencias de los eventos traumáticos. Esto lleva a los profesionales a sentirse superados y desbordados por la gran cantidad de casos y situaciones que atienden, lo que puede llevar a un sentimiento de fatiga, agotamiento, pérdida de energía y vigor en la propia capacidad de prestar ayuda de manera compasiva, así como a sentimientos de confusión y aislamiento (Moreno et. al, 2004).

El foco central en esta nominación, que la diferencia del ETS y la TV, es la *Empatía*, que la convierte en el instrumento principal de estos profesionales de ayuda, al mismo tiempo que deviene en un factor de vulnerabilidad del desarrollo de sintomatología equivalente a la exposición directa. Eisenberg (2000) define a la empatía como “una respuesta emocional que procede de la comprensión del estado o situación de otra persona y es similar a lo que

la otra persona está sintiendo” (Montero, 2014, p. 38). Según Figley (citado por Parada, 2008) la empatía “... parece estar en el centro mismo de la capacidad para realizar el trabajo con personas que sufren, y al mismo tiempo en la capacidad para ser afectados por dicho trabajo” (p. 590).

Radley y Figley (citados por Montero, 2014, p. 33) definen la compasión como un sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas.” Costa (2008), en su tesis de doctorado se basa en los autores Koerner, Salston y Figley para expresar sus ideas sobre la compasión diferenciándola de la empatía, ya que, mientras que la empatía solo implica tomar conocimiento acerca del sufrimiento del otro, la compasión va más allá de esto porque implica emocionalmente al sujeto, quien movido por sentimientos y emociones actúa en busca de aliviar el sufrimiento del otro. Davis en 1980 refiere a cuatro componentes de la empatía, dos a nivel cognitivo: fantasía y adopción de perspectivas, y a nivel afectivo: angustia empática y aflicción.

Algunos síntomas y signos que pueden aparecer con la fatiga son: la incapacidad de poner límites de separación claros entre roles de profesional - usuario, la lucha por ayudar a la persona más allá de sus deberes y obligaciones, inmiscuyendo a otros profesionales, familiares o amigos que nada tienen que ver con el tema o tratándole como un amigo más que un usuario, visitarlo en su hogar cuando no está pautado en un encuadre profesional, llamar frecuentemente por teléfono para saber cómo está, etc. (Fernández, 2007).

Para medir la FC se puede utilizar el Cuestionario de ETS mencionado anteriormente, en el que se incluye la subescala *fatiga por compasión* para evaluar el grado de agotamiento físico y emocional del profesional, y también el Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción (ProQOL – vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales) propuesto por Figley en 1995 (Ver Anexo 3), que contiene 30 ítems con 6 opciones de respuestas es de tipo Likert (0 nunca a 5 siempre). Se distribuyen en tres subescalas: fatiga de compasión, burnout y satisfacción de compasión. Estos ítems miden los aspectos positivos y negativos del nivel de empatía de los profesionales (Cáceres, 2018, p. 27).

## **IMPACTO EN LOS PROFESIONALES Y EQUIPOS QUE INTERVIENEN EN MALTRATO Y ABUSO SEXUAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

Según la Real Academia Española, el impacto es el “golpe emocional producido por un acontecimiento o una noticia desconcertante.” El foco central de este trabajo es entender cómo el trabajo con la Violencia, el Abuso o Maltrato en niños, niñas y adolescentes generan impactos negativos para quienes trabajan en ellas. Para realizar el análisis de la situación es preciso considerar algunos antecedentes de recientes estudios, articulando con concepciones que los mismos autores presentan.

Para Rey y Granese (2013) “el campo de afectación se compone por todos los encuentros que se suceden en el ámbito laboral, variando ellos únicamente en naturaleza e intensidad” (p. 116). Es necesario cuestionarse cómo, porqué y de qué manera el profesional se ve afectado en su encuentro con los NNA y sus historias de maltrato y abuso sexual; con su equipo de trabajo, con la comunidad y sus instituciones, y con los atravesamientos políticos.

### **1- REPERCUSIONES INDIVIDUALES**

#### **Contratransferencia:**

Podemos nombrar a pesar de no ser el foco de este trabajo, que existen conceptualizaciones más psicoanalíticas en el ámbito de intervención del psicólogo como la contratransferencia, la cual se entiende como las reacciones emocionales conscientes e inconscientes del terapeuta en relación a su paciente, las que les despierta en su interacción en el tratamiento. En consonancia con esto, Montero (2014) agrega que:

los psicoterapeutas suelen trabajar directamente con el estrés y los estresores de sus pacientes (Varma, 1997). Están más expuestos a la intimidad, a la interacción y a la implicación con sus pacientes, asistiendo y participando en la lucha de personas que presentan un malestar considerable –como de tipos depresivos con tendencias suicidas- así como situaciones personales muy próximas a las del terapeuta, que pueden ocasionar la actualización de viejos problemas o ser sentidas como desencadenantes de problemas en ellos mismos (Farber y Heifetz, 1982; Forney, Wallace-Schutman y Wiggers, 1982). Los psicólogos se exponen de manera cotidiana a relatos cargados de sufrimiento y dolor por parte de los usuarios de sus servicios, aumentando el riesgo de padecer sintomatología asociada al ETS. Herman (1997) refiere a esta respuesta como la contratransferencia traumática, en la que el terapeuta experimenta el mismo terror, la rabia y la angustia que el paciente, aunque en menor grado. (p. 32)

En abril del presente año se publicó un artículo que se titula *Sentimientos que despiertan en los operadores las situaciones de violencia contra la infancia* (Perazza y Silveira, 2019), donde se relata la intervención realizada en tres seminarios talleres titulados *Encrucijadas psicológicas y legales del Maltrato Infantil*, promovidos por la institución uruguaya *Psicointegra* en el año 2016. En su totalidad participaron 128 técnicos y profesionales autoconvocados quienes desempeñan tareas en instituciones de las áreas de salud, educación y protección (psicólogos y asistentes sociales en mayoría, un porcentaje menor de educadores y maestros, y en menor medida otros profesionales de la salud como psiquiatras pediátricos, psicomotricistas, fonoaudiólogos y abogados). Perazza y Silveira (2019) relatan que en estos encuentros “se buscó que los participantes se pudieran posicionar en la situación particular, habilitando que emerjan ansiedades, sufrimientos y posibilidades, los que se pudieran expresar por medio de una consignada asociación libre, en forma espontánea, escrita y anónima” (p. 2).

La metodología se basó en aportes de la teoría psicoanalítica, principalmente enfocados en la transferencia (Assoun citado por Perazza y Silveira, 2019) y la investigación acción participativa (Borda citado por Perazza y Silveira, 2019). La misma consistió en proyectar una situación ficticia en una pantalla, formulando luego tres preguntas disparadoras: ¿Cuáles son los primeros sentimientos que le genera la posibilidad de que un niño o niña les manifieste que viven una situación de abuso sexual?, ¿Cómo cree usted que reaccionaría ante la situación?, y ¿Qué preguntas le parece le haría en ese momento al niño o niña? Las respuestas eran anotadas por los participantes en forma individual y anónima. Luego se realiza la puesta en común, logrando que cada uno comparta los sentimientos, reacciones, y acciones compartidas, logrando al finalizar una concientización sobre las emociones que conlleva trabajar en estas situaciones (Perazza y Colombo, 2009). Entre las emociones surgidas aparecen en orden decreciente:

impotencia, rabia, tristeza, dolor, enojo, indignación, angustia, ayudar, bronca, empatía, preocupación, frustración, malestar, deseo de protección y acompañar, injusticia, horror, responsabilidad, ansiedad, rechazo a lo sucedido, asco, miedo, sentir que tengo que ayudarlo, contención, deseos de hacer para buscar una solución, urgencia, incertidumbre, repudio, lastima, protección, molestia, asombro, valorar que lo contó utilidad, ira, actuar, generar cambios, desconcierto, desesperación, necesidad de ayuda, miedo, cariño, necesidad de protección, curiosidad, soledad, necesidad de pensar más la situación, desilusión, desprecio, “no quiero que sea así”, ayudar para resolver la situación, acercamiento, comprensión, escucha, hacer movimiento para sacar el niño del lugar, náuseas, problematizar la situación, odio, desagrado, inseguridad, necesidad de denunciar, sorpresa, pena y vergüenza. (Perazza y Colombo, 2019, p. 8- 9)

El estudio concluye advirtiendo la aparición de ansiedades confusionales, debido a que los operadores no identifican ni operativizan las reacciones, acciones, preguntas y sentimientos, sino que mezclan y confunden entre sí estas categorías. También se observa el desborde y pérdida de asimetría por parte de los profesionales que intervienen en casos de abuso y maltrato infantil, lo que perjudica el sostén y limita más allá de la formación profesional y la buena voluntad, la capacidad de respuesta de ayuda, dejando inoperante e impune la causa (Perazza y Colombo, 2019).

A nivel individual, el hecho de haber vivido una situación traumática no elaborada similar a las que relatan los NNA que atienden, puede movilizar al profesional sobre su propia historia. Otras emociones que se ponen en juego son el temor a que les ocurra lo mismo a ellos o sus seres queridos, muchas veces comparando las edades de los niños y adolescentes que atienden con la de sus propios hijos o familiares, sintiéndose vulnerables frente a la violencia.

La confidencialidad que cada caso requiere suele generar un silenciamiento y retención de imágenes dolorosas de gran impacto, lo que conlleva al aislamiento y bloqueo de la expresión de emociones. Esto es un factor que propicia la aparición de los *estados traumatoídes*, por eso contar con supervisión, participar de espacios de vaciamiento y descompresión de emociones resultan factores protectores.

### **Contaminación temática:**

En ese primer encuentro con la temática, podemos encontrar lo que Arón y Llanos (2004) definen como la Contaminación temática, que es “el efecto que tiene sobre las personas y los equipos el trabajar con temas de alto impacto emocional, como son el daño y la violencia en todas sus formas” (p. 4). Comparan la temática con el material tóxico, el cual necesita ser desechado en un lugar apropiado, y no acumulado. Señala a estos equipos integrados por profesionales desarrollan tareas que considera de alto riesgo, en las cuales se hace necesario tomar las precauciones necesarias para no terminar dañados.

Podríamos convenir en decir que la violencia y el trabajo con ella es, básicamente, una acción debilitante, dolorosa y desgastante. Es así. No hay dudas que la exposición de los equipos de trabajo a situaciones de violencia en forma tan cotidiana genera impactos dolorosos. Las vidas privadas de cada uno de nosotros se han visto afectadas por nuestro trabajo. Sobre todo, si consideramos que, además del dolor que genera presenciar, de modo directo o indirecto, estos niveles de sometimiento, lo hacemos en condiciones muy frágiles (...). (Condon et al., 2011, p. 13)

Ese dolor, sensación de debilidad que describen Condon et al. (2011) responde a emociones y reacciones producto de ese encuentro con el sufrimiento de un otro a quien prestan ayuda profesional, lo que puede hacer referencia al ETS mencionado anteriormente. Cristóbal Guerra (2015) realizó el estudio titulado *Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio*, donde utilizó una muestra de 259 psicólogos clínicos chilenos, a los que separó en dos grupos: el primero con 146 psicólogos que trabajaban en centros especializados de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato grave y Abuso Sexual, mayoritariamente intrafamiliar, y el segundo fue constituido por los 133 psicólogos restantes, quienes trabajaban en hospitales o consultorios privados (principalmente con niños, niñas y adolescentes con trastornos de conducta, del aprendizaje, del estado de ánimo y consumo de sustancias). El estudio concluye que los psicólogos que atienden a víctimas de Maltrato y Abuso Sexual Infantil muestran un mayor nivel de estrés traumático secundario y de todos sus síntomas que los que ejercen en un entorno diferente a este.

Steed y Bicknell en 2001 realizan un estudio sobre: *El trauma y el terapeuta: la experiencia de los terapeutas que trabajan con los perpetradores del abuso sexual*. Cabe aclarar que si bien no refiere al trabajo con NNA, comparte la misma temática, y es el factor importante a considerar. El estudio fue diseñado para examinar la existencia de síntomas de estrés traumático secundario (ETS) en una muestra de terapeutas que trabajan con delincuentes sexuales. Otro objetivo fue examinar la relación entre ETS y la exposición a los clientes, operacionalizada como años de trabajo con dichos clientes y el porcentaje de casos. Una muestra de 67 terapeutas en toda Australia completó el IES-R (*Escala de impacto de eventos revisada*, elaborada por Weiss y Marmar en 1995) y la *Escala de fatiga por compasión* (elaborada por Figley en 1995). Los resultados confirmaron que los síntomas de ETS están presentes en esta población, y que existe una relación en forma de "U" entre años de experiencia y evitación, de tal manera que los terapeutas con la menor y más experiencia experimentan la mayor evitación (Steed y Bicknell, 2001, p. 2).

Hay que considerar que estos profesionales están expuestos constantemente escuchando historias crueles de violencia de manera gráfica, son testigos de victimización y revictimización, brindan atención a la vez que se convierten en testigo indirecto de tragedias y traumatismos ajenos. Identifican muchas veces situaciones de riesgo para la víctima en las que se ven imposibilitados a intervenir; y ven que en ocasiones sus acciones no logran romper el ciclo de violencia en la que está inmerso el NNA, sumado también al riesgo que

viven de sufrir alguna agresión por parte del victimario, generando una constante frustración, miedo e impotencia (Ojeda, 2006).

## **2- REPERCUSIONES EN LOS EQUIPOS**

Se entiende por equipo a un grupo, un conjunto de personas que se reúnen con un objetivo común. En el libro *Estrés laboral. Síndrome de Burnout y Mobbing en el Equipo de Salud* (Capezzuto Castro, 2017) se señala que el hecho de trabajar en equipo no alcanza para lograr un abordaje integral debido a la complejidad del padecimiento humano, que ha llevado a que las distintas disciplinas por sí solas sean insuficientes en el trato al usuario. Para que se dé un buen funcionamiento del mismo debe haber: cooperación, comunicación, pertenencia, interacción, valores y normas, decisión y consenso.

En *Aportes para la Intervención en Maltrato y Abuso Sexual Infantil y Adolescente* Peroni y Prato (2012) relatan que el tratamiento con estos casos impacta sobre los profesionales provocándoles fuertes sentimientos, a los que a menudo no prestan su debida atención, minimizándolos o naturalizándolos (efecto anestésico), pues como afirman Morales y Lira (1996):

trabajar con las distintas manifestaciones de la violencia implica, en quienes interactúan directamente con los implicados -sean estos víctimas o victimarios- desgaste profesional, aun cuando el abordaje de la problemática sea como equipo y éste constituya un soporte para los profesionales en términos individuales; puede llegar a desgastarse también, dadas las temáticas abordadas y las dinámicas que se generan al interior de éstos. (p. 3)

Algunas de las dinámicas de la violencia con las que deben lidiar en su cotidianidad, al invisibilizarse, se extienden y contagian a los equipos, como: el secreto, aislamiento, aplanamiento afectivo, indiferencia, el no registrar los abusos, etc.; lo que Arón y Llanos llaman la *Traumatización de los equipos*.

### **Traumatización de los equipos**

Se entiende por traumatización de los equipos al “efecto de reproducir en el grupo de trabajo las dinámicas del circuito de la violencia” (Arón, 2004, p. 5). Aparecen percepciones de algunos profesionales como víctimas y de otros como abusadores, lo que desencadena en coaliciones, triangularizaciones y disociación del equipo. En los mismos “circulan emociones de miedo intenso, persecución, sensación de abuso de poder, designación de

chivos emisarios, expulsión de algún miembro, dificultad para ventilar los conflictos que aparecen externamente muy silenciados” (Arón, 2004, p. 5).

Conceptualizar de esta manera la presencia de este efecto en el equipo, permite visualizar la problemática desde un lugar más grupal, corriéndose del señalamiento o responsabilización individual, entendiendo que las respuestas que el equipo está teniendo son consecuencia de la temática con la que trabaja, permitiendo así reflexionar sobre sus prácticas y dinámicas, dando lugar a la palabra, evitando que estas reacciones resientan como efecto rebote en aquellos niños, niñas y adolescentes que necesitan recibir la mejor atención posible.

Granese y Rey (2013) en su ensayo: *Espacios de cuidado: una propuesta para equipos que trabajan con niñez*, expresan desde su experiencia de intervención con equipos que trabajan con la niñez en situación de vulnerabilidad, que en los mismos se comparten algunos sentimientos, entre ellos: “desborde, impotencia, dificultades en la elaboración del rol, sentimientos de soledad en la tarea, desvalorización de la función y en la persona; siendo significativo a su vez, en estos colectivos, el alto número de inasistencias por licencias médicas, sobre todo psiquiátricas” (p. 94).

### **3- FACTORES DE RIESGO EN LA INSTITUCIÓN**

Entre los estados generados por el desgaste profesional descritos anteriormente (TV, EST, FC y BO), el que es considerado como un fenómeno más social que individual es el Burnout, debido a que en su aparición influyen más las circunstancias organizacionales que personales (Arón y Llanos; Maslach citados por Quintana, 2005).

Quintana (2005) en su artículo *El Síndrome de Burnout en Operadores y Equipos de Trabajo en Maltrato Infantil Grave* presenta los resultados de una investigación acerca de la percepción del síndrome de Burnout en equipos de trabajo en maltrato infantil grave y su relación con aspectos propios de la temática, con los factores personales, grupales, organizacionales y del contexto socio-legal. Respecto al tamaño muestral, se trabajó con 19 personas de diferentes equipos, y un grupo de extrabajadores, todos ligados a los programas de reparación del maltrato infantil grave del SENAME (*Servicio Nacional de Menores*), siendo nueve psicólogos, seis asistentes sociales, tres abogados y un médico psiquiatra. Los resultados apuntan a definir que la falta de políticas públicas consistentes en el área, es la fuente que, ligada a dinámicas propias de la temática, más fuertemente incide

en la aparición del síndrome de Burnout en estos equipos. No obstante, fenómenos asociados a aspectos organizacionales también predisponen al burnout.

A nivel institucional, los factores de riesgo son: la omnipotencia de la institución, donde en la misma se consideran imprescindibles para la tarea y no confían en que ninguna otra pueda actuar mejor que esta. Esta tarea de resolver todas las situaciones que les son derivadas y el responder a dicha demanda es sentido como una obligación por parte de la institución, para legitimarse frente al juez o demás instituciones, por lo cual se sobreexige, buscando demostrar que puede sobrellevar gran cantidad de casos. Esto causa un estado de hiperalerta por querer controlar todas las variables que afecta el maltrato infantil, ya que lo imprevisibles que estos casos pueden ser genera angustia. Esta omnipotencia de la institución puede desencadenar irritabilidad, agotamiento, labilidad, y desbordes emocionales en los profesionales, así como en la traumatización del equipo. El clima organizacional también se ve afectado por brindar tanta asistencia, y termina por reprimir, desplazar y negar el impacto que le genera las situaciones con las que trabaja, a causa de la desprotección que presentan al no contar con equipos en los que puedan apoyarse para tomar decisiones (Quintana, 2005).

Otro factor que propicia la aparición de Burnout es si el liderazgo es autoritario y paternalista. Este tipo de liderazgos se caracterizan por controlar estrechamente los cumplimientos de plazos administrativos y la forma de realización del trabajo con desconfianza de la capacidad de su equipo. Además, tiene dificultad para delegar, tendencia al sobre control, dificultades en la comunicación asertiva (efectiva y directa), poca empatía y descalificación del impacto emocional del trabajo en los operadores. La comunicación con los profesionales de su equipo se da desde un doble vínculo al no dejar en claro las decisiones que serían pertinente tomar, por un lado, pero por otra parte culpabiliza al personal de las decisiones que se toman. Esto lo hace para generar adhesión a sus demandas.

Estas experiencias del profesional llevan a reacciones que muchas veces son atribuidas a déficits personales, y esta percepción tiene como consecuencia la invisibilización de estos malestares que se generan como temores, desconfianza, excesiva internalización de responsabilidad, culpabilización del mismo por pensar y considerar que no está haciendo lo suficiente para ayudar a la víctima, llevando muchas veces a la frustración profesional (característico del BO) (Quintana, 2005).

## Roles:

Somos producto de una sociedad que crea y reproduce la construcción subjetiva de los roles que ocupamos y la percepción que tenemos de ellos. Esto implica que lo que se espera de una persona trasciende al sujeto y depende más del rol que ocupa, que de su propia singularidad. Esto se suma a la visibilidad pública que tienen muchas veces estos actores frente a casos que resultan ser *polémicos*, que son muchas veces difundidos por los medios masivos de comunicación. Las expectativas desmesuradas que los demás tienen del trabajo del profesional y de lo que cree que debería lograr, lleva a una constante frustración.

En equipos con las características descritas los roles son inespecíficos, con dificultad de determinar una tarea de trabajo específica, ordenadora, concibiendo su rol desde sus atributos como el compromiso, solidaridad, amor por el niño o actitud maternal y no desde funciones concretas. En relación a esto Rey y Granese (2013) dicen que:

cuando el trabajador no puede definir claramente su tarea, lo que le compete y lo que no, lo que es de su responsabilidad y lo que es de otro funcionario, cualquier otro actor de la organización (incluyendo a los propios compañeros y a los usuarios de la misma) puede exigirle que cumpla con tareas que no son de su competencia. Pero como se ha visto, esta competencia entra en el terreno del "criterio personal". Otro elemento que compone con el anterior, y lo profundiza en tanto problema, es que estas tareas que se exigen y que "hay que hacer porque no queda otra" o "porque alguien tiene que hacerlo" (...) (p. 106).

A nivel institucional también se genera una superposición de funciones, múltiples roles asumidos en su función, dificultad para respetar los propios límites del encuadre de intervención, que lleva a una sobreimplicación con la tarea, lo cual se reafirma por las respuestas positivas de los usuarios, contribuyendo al sentimiento del profesional como *salvador del niño*.

Boggio (2011) realizó una intervención con la finalidad de prevenir y abordar organizacionalmente el Burnout, el Trauma Secundario (ETS) y el Desgaste por Empatía (FC). Se llevó adelante a través de un curso taller de 3 semanas de duración, desde el dispositivo de la Clínica Laboral, y de la técnica de grupos de movimiento, a través de dinámicas integrativas de experimentación psico-corporal en 180 profesionales de tres instituciones: Instituto de atención a víctimas del delito de la Procuraduría General de la Justicia, El Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social, y la Secretaría de la Salud del Estado de México, que trabajan con víctimas de violencia en el Estado de México. Los profesionales que participaron provenían de diversas disciplinas como trabajo social,

enfermería, abogacía, medicina, psicología y choferes que participaban de los operativos de rescate. En el análisis de la intervención se puede apreciar dos problemas emergentes: la sobreimplicación institucional y el hiper-distanciamiento (Lourau citado por Boggio, 2011). También se destaca la emergencia de la falta de dinero (recursos institucionales, contratos inseguros, salarios atrasados, etc.) y tiempo (discordancia entre tiempo real trabajado y horas contratadas, falta de días libres y licencias, etc).

La sobreimplicación institucional y el hiper-distanciamiento (Lourau citado por Boggio, 2011) son problemas que emergen de la intervención con casos de violencia. Se entiende por sobreimplicación a la identificación del profesional con las líneas programáticas de la institución en la cual trabaja, así como sus modos y normas, que hace que el profesional quede capturado por la demanda o necesidades de quienes está atendiendo. En términos populares es *ponerse la camiseta*. El hiper distanciamiento se entiende como la relación fría, neutra, sin compromiso. Esta pérdida de asimetría y distancia operativa por parte de los profesionales que intervienen en casos de abuso y maltrato infantil, perjudica el sostén y limita más allá de la formación profesional y la buena voluntad, la capacidad de respuesta de ayuda, dejando inoperante e impune la causa (Perazza y Colombo, 2019).

En este punto es necesario reflexionar a qué extremo de la línea se acerca cada profesional; si más hacia el extremo de la desafectación, o hacia el de la sobreimplicación. “Todos estos cuestionamientos se hacen necesarios para replantearse la estrategia, para recordar para quién se hace lo que se hace, para repreguntarse qué es lo que se quiere transformar, con quién y para quién” (Rey y Granese, 2013, p. 115).

## **PENSANDO EL SIPIAV EN URUGUAY**

Para explicar cómo la dimensión política afecta estos equipos y profesionales, se mostrará el recorrido histórico normativo de la responsabilidad del Estado en la protección de los derechos del NNA en Uruguay. Se presentará para pensar su articulación con los conceptos trabajados, un dispositivo que surge como respuesta a la problemática del Maltrato y Abuso Sexual de NNA, para ser aplicado a nivel nacional en Uruguay. Se tomará como referencia al equipo del CRL de SIPIAV Barros Blancos, dado a la experiencia de participación de quien suscribe, donde se pudo detectar la demanda y necesidad de fortalecer las estrategias de afrontamiento por el impacto que les genera intervenir en estas situaciones.

### Marco Normativo:

A nivel histórico, encontramos como punto de quiebre y avance determinante el hecho que tuvo lugar en el marco de la *Conferencia Mundial de Derechos Humanos* (celebrada en 1993), donde se reconoció a los derechos de las mujeres y niños, como *inalienables, integrales e indivisibles* de los *Derechos Humanos* universales (establecido en la *Declaración de Viena*). La responsabilidad de los Estados en tomar las medidas de protección de NNA correspondientes, son expresados en los artículos (19, 20, 25, 32, 34, 35 y 36) de la Convención Internacional de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas y ratificada por ciento ochenta y seis países en 1989, siendo ratificada en nuestro país en 1991.

En el Artículo 34 de la Convención sobre los Derechos del Niño se establece que “Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales (...)” (ONU, 1989), lo que en su Artículo 19 ya aclaraba:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial. (ONU, 1989)

Esta Convención implicó un impulso a la concreción de las nuevas políticas, que debían alinearse a dicho acuerdo. Es así que en el año 2004 la Ley 17.823 *Código de la Niñez y Adolescencia* es aprobada. En el mismo se establece en su artículo 15:

(Protección especial). - El Estado tiene la obligación de proteger especialmente a los niños y adolescentes respecto a toda forma de: A) Abandono, abuso sexual o explotación de la prostitución. B) Trato discriminatorio, hostigamiento, segregación o exclusión en los lugares de estudio, esparcimiento o trabajo. C) Explotación económica o cualquier tipo de trabajo nocivo para su salud, educación o para su desarrollo físico, espiritual o moral. D) Tratos crueles, inhumanos o degradantes. E) Estímulo al consumo de tabaco, alcohol, inhalantes y drogas. F) Situaciones que pongan en riesgo su vida o inciten a la violencia, como el uso y el comercio de armas. G) Situaciones que pongan en peligro su seguridad, como detenciones y traslados ilegítimos. H) Situaciones que pongan en peligro su identidad, como adopciones ilegítimas y ventas. I) Incumplimiento de los progenitores o

responsables de alimentarlos, cuidar su salud y velar por su educación. (Uruguay, 2004)

Luego surgen en Uruguay diferentes Leyes para especificar y sancionar la violencia y maltrato ejercido a NNA, entre ellas: Ley N.º 17.815 (Uruguay, 2004) *Violencia sexual, comercial o no comercial cometida contra niños, adolescentes o incapaces*, Ley N.º 18.214 (Uruguay, 2007) *Integridad personal de niños, niñas y adolescentes* donde se prohíbe el castigo físico, Ley N.º 18.561 (Uruguay, 2009) sobre *Acoso Sexual*, Ley N.º 18.850 (Uruguay, 2011) *Hijos de personas fallecidas como consecuencia de hechos de violencia doméstica*, Ley N.º 19.098 (Uruguay, 2013) *Protocolo de prevención, detección e intervención respecto al maltrato físico, psicológico o social y su aplicación en los centros educativos del país*.

En el 2007 la ONU exhorta al Estado a tomar todas las medidas necesarias para atender a las situaciones preocupantes de “abuso físico y sexual de niños dentro y fuera de la familia, la explotación, la salud reproductiva, la justicia juvenil y el tráfico sexual” (Molas, 2012, p. 92). Sugiere invertir en recursos humanos y económicos para generar estructuras institucionales adecuadas para proteger con justicia a los niños víctimas y testigos de delitos, incorporando el principio de interés superior del niño en todas las políticas, programas nacionales, procedimientos judiciales y administrativos, así como en todas las instituciones de protección a la infancia (escuela, comunidad, etc). Asimismo, el comité recomienda elaborar un plan de acción nacional para la promoción e implementación de los derechos del niño (Molas, 2012, p. 92).

Se comenzaron a formar desde ese entonces en Uruguay diferentes equipos e instituciones que se han encargado de intervenir en situaciones de maltrato y ASI, que por lo general se realizan desde convenios con el Estado, los que se consideran muchas veces frágiles y distantes de la realidad que se vive, y no se invierte lo suficiente para cubrir las necesidades reales para su abordaje (Molas, 2012, p. 14). Como mencionan Condon et al. (2011):

no se está pudiendo, todavía, dar respuesta adecuada a la demanda de ayuda existente. Listas de espera interminables, dificultades graves para la coordinación interinstitucional, ineficiencia de los sectores, alto nivel de revictimización en las acciones, comunidades devastadas por la exclusión, por lo que no pueden realizar sus funciones de contención y cuidado en la vida cotidiana, son algunos de los factores que nos permiten afirmar que el trabajo con esta problemática genera impacto negativo en los equipos. (p. 14)

En 2009 el Consejo Nacional de Políticas Sociales publica un Informe de gestión que abarca el primer período de gobierno de izquierda (2005-2009), donde se destaca en relación a la protección social la creación del Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) en el año 2007, con el objetivo de abordar en forma integral la violencia contra NNA (Molas, 2012, p. 99).

### **Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia:**

El SIPIAV surge como un sistema de atención integral e interinstitucional de primer nivel en salud el 25 de abril de 2007, en común acuerdo entre el INAU, quien lo preside, acompañado por INMUJERES de MIDES en su gestión. También lo componen el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio del Interior y la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP); y cuenta con el apoyo de UNICEF, el PNUD, y las Intendencias que coordinan con estas instituciones para que se instale el dispositivo en cada departamento. Además, en el 2010 se suma ASSE y Fiscalía General de la Nación. Tiene como lineamientos objetivos fortalecer el sistema de promoción, protección y garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; coordinando organismos del estado con la sociedad civil (SIPIAV, 2018). Respecto a su organización, en la edición 2018 del informe que cada año realiza se aclara que lo hace mediante:

un Comité Nacional de Gestión integrado por representantes de las instituciones que componen el Sistema, dentro del cual se avanza en conceptualizaciones compartidas sobre la violencia hacia NNA y se conciertan estrategias de respuesta al problema, que incluyen tanto la acción de cada sectorial en los territorios, como su articulación mediante la creación y el fortalecimiento de dispositivos interinstitucionales. (SIPIAV, 2018, p.11)

El modelo de atención de SIPIAV se basa en la existencia de dispositivos intersectoriales, llamados Comités de Recepción Local (CRL) de cercanía territorial, los cuales, mediante el reconocimiento de las competencias de cada institución que participa, son capaces de diseñar estrategias en conjunto para cada situación en particular, a través de un abordaje individual, familiar y comunitario. Actualmente SIPIAV se encuentra en todos los departamentos del interior del país, contando a fines de 2018 con 29 CRL y un Dispositivo de Atención Específico en Maldonado, encargados de la reparación del daño en las situaciones de alta vulneración derivadas, mayoritariamente, por ASI.

SIPIAV se constituye como un equipo interinstitucional que interviene en red, de manera integral e interdisciplinaria. Esto permite generar derivaciones vinculantes en los casos en

los que un NNA necesita la intervención de otro profesional o requiere otro tipo de ayuda que excede el alcance de este último. De esta manera se facilita el flujo de información, permitiéndose saber qué pasos se siguieron y evitando el desconocimiento e incertidumbre del profesional, y la sensación de dejar a *la deriva* al NNA, lo cual representa una fuente de desgaste permanente (Arón y Llanos, 2004).

SIPIAV tiene en comparación con otros sistemas un alto nivel de especificidad transversalizado por el paradigma de la protección integral, tomando como eje los mandatos fundamentales de la CDN. (Molas, 2012) Los profesionales de este equipo deben sostener una práctica y un proceso que puede llegar a ser más demandante y desgastante de lo posible para ellos, por asumir el lugar de ser representantes de una propuesta política que exige resultados.

Quintana expresa que una fuente constante de impotencia se da frente a las políticas públicas poco sistematizadas y poco consistentes, que suelen ser un problema para estos equipos:

existen características en que se expresa esta falta de políticas públicas consistentes, en el área de maltrato infantil: a) La carencia de un ente que centralice y entregue lineamientos técnicos en esta problemática. b) La descoordinación entre centros, tanto gubernamentales como no gubernamentales, que trabajan en torno al área y en distintas etapas, sea de prevención, promoción y/o rehabilitación. (2005, p. 14)

En este sentido resulta favorable la creación de este sistema desde los objetivos y cometidos que se plantean, con la existencia de un comité nacional que organice los lineamientos generales de acción, el cual establece un marco conceptual y metodológico común para todas las instituciones con competencia en infancia, y la presencia de los comités locales que se han instalado como espacios intersectoriales que tienen como función coordinar entre las instituciones territoriales para un abordaje integral de las situaciones (Lindner, 2019, p. 4).

Como expresan Condon et al. (2011):

el SIPIAV ha avanzado en la implementación de un modelo de abordaje del problema descentralizado y anclado en los diversos territorios a partir de la creación de las Casamigas y equipos de referencia territoriales. Ha avanzado en la elaboración de protocolos y mapas locales de actuación, como en la formación y capacitación de operadores sociales. Ha contribuido en la sistematización y producción de datos estadísticos a partir de la implementación de sistemas de información y registro. Sostiene un espacio permanente de coordinación y articulación entre las diversas instituciones que la componen (p. 29).

En ese sentido, esta política presenta consistencia, por lo menos desde lo discursivo. El Estado uruguayo debe continuar apostando en este sistema con el objetivo de lograr cada vez mejor coherencia e integralidad entre lo propuesto desde el comité central, y las acciones territoriales llevadas a cabo, para facilitar el encargo del profesional en traducir lo discursivo en acciones concretas, y así poder brindar mejor respuesta a las demandas de atención de NNA.

Se percibe que sí existe una inconsistencia en las concepciones de infancia y adolescencia desde donde se posiciona cada institución, que muchas veces chocan y generan conflictos. Podemos identificar tres grandes paradigmas que han orientado las relaciones de la sociedad con sus respectivas infancias y adolescencias: el paradigma de la situación irregular, el de la caridad pseudohumanitaria y el de la protección integral de Derechos. Estos paradigmas fueron evolucionando desde la concepción del niño como peligroso y objeto de tutela a sujeto de derecho, pero aún conviven, se mantienen activos y se expresan en diversas posturas y decisiones que atraviesan los diferentes ámbitos e instituciones (Dilacio, Giorgi y Varela, 2012).

Autores como Quintana (2005) y Santana (2007) hacen referencia a esta dimensión interinstitucional, donde se presentan discrepancias y falta de coordinación del equipo técnico con el sistema judicial y policial. En esta dimensión entran la falta de entendimiento y conocimiento de un ámbito a otro: mientras se carece de capacitación del personal de tribunales de justicia en maltrato infantil y perspectiva de derechos (que puede propiciar a la revictimización y estigmatización), el personal psicosocial no logra entender los procesos judiciales. A su vez también hay una consideración de penas a agresores injustas, y plazos legales que no acompañan los tiempos reales de quien atraviesa las vivencias de maltrato y/o abuso sexual y sus consecuencias.

También existen discrepancias con el sistema educativo. Mientras desde las instituciones escolares se deriva los casos para que SIPIAV los atienda, no acompañan los procesos, dado a la demanda y sobrecarga que tienen como docentes, directores o incluso como técnicos del centro. Esta falta de coordinación dificulta el seguimiento de los casos, que como consecuencia muchas veces termina revictimizando a los NNA, donde al no tener información previa sobre la situación que se comparta en la red focal, se repregunta y sobreinterviene. En concordancia con esto Molas (2012) expresa:

Pareciera operar, tal cual lo plantea García Méndez, una ambigüedad que se ejerce en todas las fases de la política. Esta ambigüedad es visible a nivel de las prácticas cotidianas que los operadores relatan, así como en los efectos que generan en la

vida de los niños, niñas y adolescentes vulnerados que encuentran en las instituciones que deberían protegerlos en sus derechos nuevos modos de victimización y vulneración. (Molas, 2012, p. 179)

En principio, a pesar de los acuerdos políticos intersectoriales, se presentaron grandes dificultades en concretar acciones con los niveles jerárquicos altos, que habilitan la implementación de la estrategia y mecanismos eficientes que plantea SIPIAV, así como también se presentaron barreras interinstitucionales en la aplicación de los protocolos.

Otra dimensión a considerar en algunos casos desde lo interinstitucional, es la escasez de centros especializados en maltrato infantil, que desemboca en una sobrecarga de trabajo para este dispositivo. Esto se debe a que la inversión que hace el Estado no cubre las demandas. Por otro lado, también se da una yuxtaposición de instituciones y programas (Quintana, 2005) que siguen lineamientos similares en su accionar, que no logran dialogar para complementarse porque están cerradas en sí mismas, y muchas veces, en lugar de hacer sinergia; *compiten*. Para trabajar conjuntamente en este dispositivo, las instituciones y sus profesionales implicados deberían vencer esta barrera, y lograr concretar acciones en conjunto, complementarias, asociándose a las redes territoriales interinstitucionales. Esto termina repercutiendo en las estrategias y líneas de acción, y a su vez repercute en los NNA implicados, y en los profesionales de SIPIAV más comprometidos con la temática, quienes consideran imprescindibles el trabajo en equipo y no se conforman con las actitudes individualistas de los demás. Al no existir lineamientos políticos claros en las instituciones que inciten a la participación en red, como un respaldo económico claro, esta decisión recae en el compromiso individual de cada profesional. Conforme a esto Molas (2012) agrega que:

la capacidad que pueda tener este instrumento para generar mecanismos de protección depende de su capacidad de ir afectando y modificando prácticas, instituciones y sus matrices las cuales son construidas por y desde esta enmarañada conjunción. En este plano se torna importante la acción de los niveles operativos en la implementación. El posicionamiento del operador, que es quien se encuentra de modo directo con la población objetivo del SIPIAV, es clave en el proceso de implementación. Su posicionamiento político respecto del paradigma de la integralidad, su formación, su posibilidad de trabajo en equipo, así como su autonomía respecto de las matrices institucionales pareciera ser clave, aunque supeditado a los límites reales que las matrices imponen (...). (pp. 177- 178)

En su Tesis de Maestría Molas (2012) también expresa como resultados de su investigación de SIPIAV que “los profesionales y equipos no encuentran el sostén necesario en sus propias instituciones para el desarrollo de prácticas de abordaje efectivas siendo que algunas de ellas se sostienen en función del compromiso personal o del equipo con el problema (...)” (p. 181). Esto refiere también a la insuficiencia de recursos económicos

destinados, que podría habilitar acciones de mayor impacto a nivel comunitario; y a la falta de capacitaciones que sirvan como formación de sus profesionales para el perfeccionamiento de sus prácticas.

Como se citó anteriormente, dado a todos los factores que representan obstáculos en el avance de una intervención eficaz, así como el poco respaldo político, normativo e institucional; la posición del profesional y del equipo tienen gran relevancia en la intervención de situaciones de maltrato y ASI y adolescente, lo que implica una gran responsabilidad de hacerse cargo muchas veces de situaciones que exceden lo profesional, para luchar contra barreras institucionales, políticas, y los escasos recursos. No es menor señalar que luego de 12 años de la creación del SIPIAV se logra una consistencia normativa, a partir de la Ley N° 19747 (Uruguay, 2019) que consagra la creación con carácter permanente del SIPIAV entrando en vigencia en octubre de 2019. Esto permitiría incidir efectivamente en las matrices institucionales, y más aún si se destinara un presupuesto estructural que permitiera llevar adelante acciones a mediano plazo, lo que podría mejorar las condiciones laborales de los operadores, y a su vez se podría ampliar los equipos.

Con la creación de la Fiscalía General de la Nación en 2017 y la implementación del Nuevo Código del Proceso Penal en Uruguay (Ley 19.293) (Uruguay, 2014), se abandona el sistema penal inquisitivo para pasar a uno acusatorio, donde los procesos de investigación y judicialización le otorgan un lugar de reconocimiento de la víctima, pero a la vez implican mayor presencia y exposición de los Equipos territoriales a la hora de acompañar a las víctimas o sostener los procesos de denuncia, incluida la comparecencia en las nuevas modalidades de juicio oral y público. Se hace mención a ello, para remarcar el nuevo lugar tanto de la víctima como de los Equipos en el proceso. (Sosa, 2019). Esto refiere a lo que Dejours y Gernet (citados por Sosa, 2019) aluden con el concepto de *miedo en el trabajo*, por el sufrimiento y las defensas que se ponen en juego a la hora de abordar estas problemáticas.

El profesional que opera en estos términos puede verse limitado por imposiciones externas, y no es menor considerar que en la formación de grado de estos profesionales muchas veces no se aborda la temática ni se brindan las herramientas necesarias para que sepan actuar en equipo y a nivel comunitario- territorial, con autonomía técnica y capacidad de articulación interinstitucional, por lo que todas estas cuestiones pueden llevar a una gran frustración y desgaste profesional. Como expresan Rey y Granese (2013):

El técnico llega con todo su saber científico, con todos sus conocimientos que traducen la vida cotidiana a un lenguaje propio de la disciplina que representa. Y se encuentra con otras formas, otros contenidos, otras expresiones, otros modos de ser que le son ajenos, no solo en lo referente a su propia vida cotidiana, sino también a todo lo que estudió. (p. 110)

Es así que llega el profesional al territorio, muchas veces con escasas herramientas, representando una política con exigencias que no logra concretar, sin respaldo político institucional, enfrentándose a la soledad, al desconcierto, a la impotencia, con temor a lo desconocido y lleno de incertidumbres y demandas.

### **Comité de Recepción Local de SIPIAV Barros Blancos:**

Para entender mínimamente cómo actúa este dispositivo en el territorio, se presentará como ejemplo el Comité de Recepción Local de Barros Blancos, en base a la experiencia de participación de quien suscribe.

Barros Blancos es una ciudad ubicada entre el Km 22 (Arroyo Toledo, límite departamental con Montevideo) y Km 29,800 (Arroyo Frasquito, Pando) de la Ruta 8. Limita con Villa García en Montevideo, y con Pando, Toledo, Joaquín Suárez y Colonia Nicolich en Canelones. Tiene una población de 29.865 habitantes, de los cuales el 26,2% (7.824) corresponde a menores de 15 años de edad. La zona cuenta solo con este equipo de recepción local, lo que hace que se tome para trabajar en conjunto los casos de mayor complejidad y mayor vulneración de derechos, quedando en segundo plano otras estrategias de prevención y promoción de derechos por la alta demanda de intervención en reparación y restitución de derechos. Algunos de estos profesionales también intervienen en algunos casos en las ciudades aledañas mencionadas anteriormente. (Canelones. Barros Blancos, 2019)

Este equipo ha estado integrado integrado por profesionales: psicólogos, trabajadores sociales y policiales de las diferentes instituciones: INAU, ASSE, INTERIN, OT MIDES, Escuelas Disfrutables, ETAF, SOCAT, Jóvenes en Red, UCC, Desarrollo Humano del Gobierno de Canelones; en los cuales se presenta un promedio de asistencia de 7 profesionales en cada CRL que va variando según la disponibilidad de la institución que representa y la responsabilidad y vinculación con el caso a tratar en cada encuentro. Se reúnen cada 15 días en el local de INAU ubicado en el *Centro Cívico de Barros Blancos, Dr. Salvador Allende*, conocido popularmente como *La Loma*, sobre el Km 23.800 de la Ruta 8 donde también coexisten diferentes dispositivos e instituciones locales (JER, Cecap,

Policlínica de ASSE, Oficina de Desarrollo Humano, Oficina MIDES, Municipio de Barros Blancos y Centro de Atención Ciudadana) (Conozca el municipio de Barros Blancos, s.f.).

Pensar en la cantidad de población que cubre este dispositivo, la cantidad de instituciones con las cuales debe dialogar, coordinar, esperar resoluciones y permisos, elevar informes, solicitar información, encuentros, considerando el acotado tiempo que tienen para reunirse (3 hs. cada 15 días) y los pocos que están permanentemente (7), nos lleva a pensar en la responsabilidad y dimensión de la tarea en la que se ven inmersos estos profesionales que integran el equipo SIPIAV a nivel territorial, comunitario, y no resultaría llamativo percibir reacciones normales de afectación ante tales eventos con los cuales trabajan a diario.

Autores como Guerra (2015) refieren que sería necesario acotar el número de personas atendidas por el profesional y las horas destinadas a la tarea, dado a que:

una de las variables implicadas de manera profusa en el desarrollo del estrés traumático secundario es el número de horas semanales con pacientes víctimas de algún trauma (Lind, 2000) y la cantidad de pacientes a los que el terapeuta tiene que atender (Lee, 1996). De igual manera, Cornille y Meyers (1999), en su estudio con trabajadores del servicio de protección de niños de Florida, obtuvieron datos que indicaban que un mayor nivel de exposición a casos de abuso o negligencia en niños contribuye en mayor medida al desarrollo de estrés traumático secundario, que el número de años que llevaban trabajando en esta área. (Guerra, 2015, p. 73)

Si en el año 2018 se atendieron cerca de 23 casos en total (de los cuales algunos fueron ingresos nuevos y se hizo el seguimiento de algunos más años anteriores), y considerando el acotado tiempo que tiene el espacio para trabajar las situaciones; vemos que demanda una gran intensidad de participación y compromiso, ya que se extienden los plazos de respuesta en la atención. Por lo cual, esta gran demanda puede generar una situación de sobrecarga en los profesionales y afectar también a los niños, niñas y adolescentes por las demoras de los plazos de respuesta.

Anualmente este sistema elabora un informe donde presenta los avances y objetivos logrados, y las proyecciones futuras. Se encuentran en algunos de ellos alusiones a instancias formativas de fortalecimiento del equipo, donde entre sus contenidos se incluye el trabajo sobre el impacto de las intervenciones en abuso y maltrato infantil, pero no se detalla ni explicita las estrategias utilizadas ni resultados encontrados; a excepción del informe del año 2018. Desde SIPIAV se realizó un curso en articulación con el Instituto Interamericano del Niño, en el marco del Programa Interamericano de Capacitación: *Violencia y Derechos de niñas, niños y adolescente: Construyendo entornos para la paz*. El mismo contó de dos partes, una semipresencial de 7 semanas de duración, al cual se

inscriben 25 operadores y logran culminar 14, lo cual es un bajísimo número. En una segunda fase se llevó adelante una serie de exposiciones por parte de Darcy Bataille y Alicia Faraone, donde se desarrolló entre los contenidos temáticos los elementos para el cuidado de los equipos, formación y capacitación permanentes, actuación de los Referentes Territoriales del SIPIAV, funcionamiento de los equipos, etc. (SIPIAV, 2018).

Entendiendo que la exposición continua y por largos períodos de tiempo de estos profesionales a historias de sufrimiento, contando con muy poco respaldo político y normativo para llevar adelante sus acciones, sin propuestas de fortalecimiento del equipo en concreto que terminan provocando consecuencias en su rendimiento y calidad de atención pero también en su salud mental, sumado a la repercusión que esto tiene en el equipo, en los usuarios y su entorno cercano, surge el cuestionarse si es posible delinear estrategias viables para el cuidado de estos profesionales, operadores y sus equipos, considerando el valor que tienen para nuestra sociedad y para nuestros NNA.

A su vez, sería favorable que desde las autoridades del sistema se pudieran facilitar acuerdos con las instituciones para que puedan asistir el mayor porcentaje de profesionales a jornadas de fortalecimiento, así como plantearse la creación de programas y protocolos donde se delineen estrategias de monitoreo, evaluación y cuidado de equipos. Como lo declaran (Barudy citado por Santana y Farkas, 2007):

Cualquier programa que se declare adecuado en relación a la protección infantil debe tener en su interior un dispositivo para despertar, promover, mantener y proteger la implicación, ética y política de los profesionales. Esto, como el mejor antídoto "al síndrome del quemado profesional" (...) todo programa o institución incapaz de proteger a sus profesionales, ejerce una doble violencia: a las personas de los profesionales y, por ende, a los niños que protege. (p. 4)

## **CUIDADO DE PROFESIONALES Y EQUIPOS COMUNITARIOS**

Arón y Llanos (2004) plantean que, si los profesionales se reconocen como equipos en riesgo, exigen que se destinen recursos al desarrollo de estrategias que permitan amortiguar el efecto nocivo y contaminante que tiene el trabajo en estos temas, por lo que también demandan condiciones acordes a la delicada tarea desempeñada, respetando su valor como profesionales y personas.

Se entiende por autocuidado a las prácticas que propician el bienestar a nivel psicológico del profesional que se consideran como herramientas potenciadoras para disminuir el

desgaste laboral en contextos estresantes, más allá de las tareas y problemáticas a las que se enfrenta en su trabajo (Millon citado por Castro, 2017).

Según Uribe (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. 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. (Castro, 2017, p. 19)

Las condiciones en las que estos profesionales desarrollan su tarea resultan deteriorantes, por lo cual, no se puede prevenir la aparición de TV, ETS, FC y BO desde un solo nivel, como afirma Maslach (2001) respecto al Burnout: “los factores circunstanciales y de la organización desempeñan un papel más importante en el Burnout que los del individuo”. Y agrega: “Además, las estrategias individuales son relativamente ineficaces en el lugar de trabajo, donde una persona tiene mucho menos control sobre los estresores que en otros aspectos de su vida” (p. 4).

Huertas (2005) propone tomar en cuenta como prevención que los técnicos tengan en primer lugar una formación adecuada y preparación para abordar el tema específico; en segundo lugar, un respaldo y apoyo del equipo y de la institución a la que se representan; y en tercer y último punto, pero no menos importante: un espacio para trabajar las ansiedades, miedos, dudas e impotencias como algo *imprescindible* (Noguerol, 2015). Esto coincide con lo propuesto por Flannery (1990), quien plantea cuatro componentes importantes en toda intervención social: apoyo emocional, información, y apoyo instrumental (Moreno Jiménez et al., 2004). El primero se expresa en el sentimiento de ser amado, de poder contar con alguien y ser escuchado. El segundo consiste en brindar información, consejo y/o guía para la resolución de los problemas, y el tercero en la prestación de ayuda directa o de algún servicio. (Chile Solidario, s.f)

A su vez, Barudy (1999) considera que hay dos niveles de autocuidado: uno cuya responsabilidad recae en las instituciones como primeras protectoras de sus recursos profesionales, y otro segundo nivel que recae sobre la capacidad y responsabilidad de los mismos profesionales en el autocuidado. Es necesario que tanto las autoridades institucionales como políticas compartan las responsabilidades e inviertan en el cuidado de estos equipos, para que no represente una sobrecarga adicional para los mismos.

Santana y Farkas (2007) en su estudio *Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en Maltrato Infantil* identificaron las siguientes estrategias de autocuidado que se aplican a nivel individual y grupal: Individuales *Extralaborales* (ej.: psicoterapia, compartir tiempo en familia) y *Laborales* (ej.: capacitarse en la temática de trabajo como el maltrato, separar lo personal de lo laboral); de Equipo: *Recreativas* (ej.: festejar cumpleaños de compañeros, salir a almorzar juntos) y *Laborales* (ej.: supervisión de casos, preocuparse por el estado de un compañero). En la percepción de efectividad, éstas se reconocen efectivas en su mayoría.

Santana (2007) cita a Morales y Lira (2000) para presentar cuatro modelos de autocuidado en equipos psicosociales que trabajan con *Maltrato*, donde en cada uno se problematiza y busca mejorar las diferentes dimensiones que involucran: *Reivindicación institucional* (condiciones laborales, infraestructura, salarios, etc), *Identidad Social* (roles que se le atribuyen al profesional), *Impacto Emocional* (sentimientos que atraviesan al profesional en el contacto con las personas afectadas por violencia) y *Modelo de Sociabilidad* (espacios de recreación, interacción, etc.).

Santana y Farkas (2007) hacen un reclamo diciendo que:

(...) no sólo basta con dar "horas a AC" sino también es importante dar contenidos a ellas, lineamientos generales, pues ya se decía que cada equipo posee necesidades particulares; monitorear qué se está haciendo en AC, con qué resultados, idear formas de difundir las experiencias y los aprendizajes generados a través de ellas, y por cierto evaluar la incidencia de un equipo "cuidado" en el desempeño de la tarea. (p. 12)

Es imprescindible contar con un espacio en que el equipo pueda mirarse a sí mismo frente al impacto que recibe, y pueda trabajar sus propias ansiedades, temores, impotencias y confusiones (Arón y Llanos, 2004). Es necesario que el profesional logre quitar ese *nudo de la garganta* o sensación de *atragantamiento* con sus pares, personas que entienden el nivel de responsabilidad y de impacto que esta tarea implica, y a su vez, evite la saturación o contaminación de las redes personales cercanas como la familia, pareja, amigos, que resultan un importante soporte emocional pero no necesariamente están preparados para escuchar estos temas, por lo que puede afectarlos y generar una erosión en sus vínculos (Arón y Llanos, 2004, p. 8).

Santana (2007) afirma que de los modelos de AC presentados el *Apoyo Social* formulado por Tonon en 2003, resulta ser el más eficaz en la práctica con los equipos, ya que el mismo equipo resulta una red de apoyo. Gil Monte y Peiró (citados por Santana y Farkas,

2007) reconocen al apoyo social como “fuente de realización personal, factor que permite disminuir el agotamiento emocional y mejora las actitudes hacia los demás” (p. 12).

Es conveniente generar una cultura de prevención, brindando pautas de autocuidado, herramientas para desarrollar una comunicación asertiva, estrategias de afrontamiento al estrés y generando espacios de apoyo social y vaciamiento estructurados, donde además de la experiencia de compartir las vivencias, se puede aplicar teoría y compartir modelos conceptuales que favorezcan a la reflexión de sus prácticas. Es necesario activar y fortalecer las redes de apoyo profesional a nivel comunitario, estableciendo vínculos con otros actores locales (Arón y Llanos, 2004, p. 11). Puede ser, por ejemplo, a través de la contratación de profesionales o identificando dispositivos y recursos que tengan como función realizar una supervisión externa, reuniones clínicas y acompañamiento en territorio de los profesionales. Moreno Jiménez et al. (2004) asevera que:

aunque es evidente que no se puede evitar la exposición al estrés traumático secundario, las instituciones pueden facilitar la detección del mismo, promover su control y poner los medios para que los afectados dispongan de las mejores oportunidades posibles para procesar sus experiencias estresantes en un ambiente de apoyo y comprensión. (p. 74)

Diversos autores proponen una serie de factores protectores para los profesionales, siendo uno de ellos Aguilar (1996) que en Quintana (2005) recomienda que el profesional tenga la formación y preparación adecuada para abordar el tema específico, como plantean Arón y Llanos (2004), “una fuente importante de desgaste profesional es la sensación de ineficiencia y de incompetencia” (p. 8). Es por esto que se recomienda la participación en espacios de formación permanente, capacitaciones, encuentros profesionales y actualizaciones temáticas.

Pero en este punto es necesario hacer una aclaración: no se recomienda que se elija como espacios recreativos la asistencia a esas instancias de información, como tampoco la elección de libros o películas en tiempo libre relacionados a la temática del maltrato y abuso sexual, porque esto representaría una contaminación extra. Es recomendable que en el tiempo libre o de ocio se elijan actividades de distensión, que sirvan como descontaminación y en las que pueda sentir que recupera energía, como, por ejemplo: danza, pesca, artesanía, jardinería, asistir a grupos religiosos, etc.

Respecto al equipo, un trabajo con estas características debiera ser realizado y vivido tanto desde la persona que se atiende como desde los profesionales, como un esfuerzo de

equipo. Esto toma gran relevancia, cuando por ejemplo en la judicialización de un caso, o en acciones más claras como visitas a domicilio, firma de informes que ratifican abusos, la responsabilidad de esas acciones que implican riesgo vital o cambiarían el rumbo de vida de un niño, niña o adolescente, no recaen en un solo profesional, sino que con discusión previa todos asumen el compromiso de hacerse cargo de sus consecuencias. También a nivel grupal resulta relevante el establecimiento de relaciones de confianza entre sus miembros, tanto para interactuar libremente más allá de lo laboral, como para negociar y llegar a acuerdos respetando las diferencias. La incorporación de rituales de bienvenida de un nuevo profesional al equipo o de despedida, o el festejo de cumpleaños, así como de cambios significativos en la institución permiten la elaboración de estas experiencias y favorecen a climas laborales más sanos (Arón y Llanos, 2004, p. 11).

Respecto a las autoridades institucionales, tanto en Arón y Llanos (2004) como en Quintana (2005) se hace referencia a los estilos de liderazgo. Un liderazgo democrático evita la traumatización de los equipos (reproducir las dinámicas de violencia en el equipo), donde se muestre una preocupación, sensibilidad y flexibilidad ante las necesidades laborales y personales de los profesionales. Tiene estabilidad emocional, calma, buen humor, apertura, está disponible cuando lo necesitan, y además es experto en la temática para dar ayuda técnica. Confía en su equipo y se lo hace saber interesándose por su trabajo, comunica las expectativas y adecua las tareas según las habilidades de cada uno (p. 10).

Retomando la importancia de entender a estos equipos en riesgo, podemos señalar que la consecuencia de no registrar los malestares, tensiones por largos períodos de tiempo, fuentes de estrés pueden terminar generando enfermedades, somatizaciones y lesiones. Es necesario recuperar la capacidad de detección de estos indicadores tanto a nivel físico como psicológico, como por ejemplo cuando se necesita descansar, o alimentarse, ir al baño, cambiar de posición si resulta incómoda; pequeños detalles que nos corren de ese pensamiento de ser el *resistente* (tan valorado socialmente), para lograr la satisfacción de necesidades básicas para nuestro bienestar. No está demás agregar, que acostumbrarnos a tener hábitos saludables como practicar deportes, descansar las horas necesarias, tener una alimentación saludable y hacer chequeos médicos con regularidad, también representan factores protectores.

En el estudio llevado a cabo por Pearlman y Mac Ian (Moreno, Jiménez, Garrosa, Morante, Rodríguez y Losada 2004, p. 74) con una muestra de 188 terapeutas se plantean las actividades que practican para afrontar mejor el trabajo con material traumático: discutir el

caso con los compañeros (85%), asistir a talleres de grupo (76%), pasar tiempo con la familia y amigos (70%), viajar, vacacionar, realizar hobbies (70%), hablar con colegas entre las sesiones (69%), realizar ejercicio (62%), relativizar el peso del caso (56%), desarrollar creencias religiosas (44%), recibir supervisión (44%), dar supervisión (36%), asistir a sesiones de masaje (39%), realizar servicios para la comunidad (31%), escribir (28%), derivar a los usuarios que puedan activar traumas del profesional (20%). Algunas de las actividades que ayudan a regular el nivel de estrés de estos profesionales, en orden decreciente son: tomarse vacaciones, realizar actividades sociales, brindar y contar con apoyo emocional entre los compañeros, leer, consultar las dificultades del caso, tomar pequeños descansos durante el día, buscar apoyo emocional en la familia y amigos, escuchar música, realizar ejercicio, jardinería, prácticas espirituales (Gamble, Pearlman, Lucca y Allen citados por Moreno Jiménez et al., 2004).

## REFLEXIONES FINALES

“La violencia implica un ataque destructivo no sólo al otro, sino a la capacidad de vivir en sociedad. Esta violencia implica un no reconocimiento del deseo del otro, supone hacer desaparecer al otro junto con sus necesidades y demandas” (Segato; Thorne et al. citado por Velázquez y Custodio, 2015, p. 312). Los grandes invisibilizados en esta temática son los profesionales que intervienen en situaciones de violencia, quienes son afectados por las mismas, pero sin el debido reconocimiento de ese impacto.

Es imposible no ser afectado en diferentes medidas al escuchar un relato de Maltrato y Abuso Sexual; algo de lo humano nos mueve. A lo largo del trabajo se pudo conceptualizar estos efectos en los constructos de Traumatización Vicaria, Estrés Traumático Secundario, Fatiga por Compasión, Contaminación Temática y Traumatización de los equipos. Resulta interesante preguntarnos qué está sosteniendo sus acciones, qué valores morales se están poniendo en juego que lo vuelven tan resistente a otras realidades. Necesitamos como sociedad reflexionar sobre la importancia que se les está dando en materia de derechos laborales a estos profesionales que ponen el cuerpo por los demás.

Los profesionales necesitan ser cuidados y respaldados por las instituciones a las que pertenecen, tanto en condiciones laborales acordes como en recursos, y por la sociedad en general a través un vínculo de ayuda mutua, donde no solo el profesional la brinda, sino que también la recibe a través del valor que se les otorga. Gil-Monte (citado por Velázquez y Custodio, 2015) afirma que los profesionales comunitarios que no reciben soporte

emocional se van gradualmente afectando y esto genera un impacto en su eficacia laboral (p. 311).

Entendiendo que son en sí mismos una herramienta valiosa para nuestra sociedad, principalmente para los NNA, es imprescindible pensar en estrategias de Autocuidado que se pueden aplicar en cada equipo del Uruguay que se dedique al trabajo con Maltrato Infantil y Abuso Sexual, para revertir o amortiguar los efectos residuales de la praxis y prevenir sintomatologías crónicas (Millon citado por Castro, 2017, p. 20). Educar en prevención y pensar posibles intervenciones cotidianas que permitan detectar previamente posibles fuentes de estrés, que no se tomen como excepciones, y que no se espere a que derive en sintomatología crónica para tomar medidas. Fomentar una cultura preventiva que permita el cambio de una matriz cultural en los equipos de trabajo, donde el autocuidado sea parte del cotidiano, respaldado desde lo político, normativo e institucional. También diseñar estrategias para mitigar el impacto, incluyendo pautas de afrontamiento en situaciones adversas, protocolo de autocuidado y que cada dispositivo diseñe sus propias estrategias de cuidado acorde a sus características y necesidades específicas.

Generar instancias de psicoeducación a nivel territorial donde participen los actores e instituciones que trabajan en estas temáticas puede ser sumamente provechoso. Se parte de la certeza que el informar permite en primer lugar detectar malestares invisibilizados, así como las posibles fuentes de estrés (Moreno, 2004), y hablar sobre los impactos de estas situaciones normaliza las reacciones, ya que muchos profesionales desconocen la existencia de estos Estados Traumatoídes (Thomas y Wilson, 2004), y por lo tanto les resulta difícil solicitar ayuda. A través de estas instancias se pueden activar y fortalecer las redes de apoyo profesional a nivel territorial, establecer vínculos con otros operadores de la red, generando una instancia de descompresión y retroalimentación (Barudy; Dabas citados por Arón y Llanos, 2004, p. 11).

Es necesario repensar la formación profesional generando instancias de intercambio entre las diferentes disciplinas, para conocerse y contribuir al tratamiento integral de los casos, y no como profesiones que aportan miradas fragmentadas sobre un mismo objeto. En la formación deberían incorporarse estas temáticas y ser abordadas por profesionales que tengan experiencia en el área, coordinando los tiempos formativos de práctica con los tiempos necesarios para la intervención, para que cuando lleguen al territorio, estén preparados. “Las competencias socioemocionales se aprenden y adquieren, por ello, es importante incluirlas como parte de la formación en espacios académicos de los profesionales comunitarios” (Franco; Valz-Gen citados por Velázquez y Custodio, 2015).

Como sociedad tenemos la responsabilidad de proteger y defender los derechos de los NNA, y la calidad de atención que se les brinde debe ser la mejor posible. Con la creación del SIPIAV se demuestra que el Estado se ha encargado de esta temática, pero es necesario perfeccionar las políticas públicas ya existentes y generar conciencia de la importancia del cuidado de estos equipos.

Debido a la carencia de marco teórico y antecedentes de estrategias de intervención e investigación registradas y publicadas en Uruguay, se considera que es de gran pertinencia desarrollar proyectos de intervención e investigación como un primer avance en materia de cuidado de los profesionales que intervienen en situaciones de maltrato y abuso sexual infantil y adolescente, que se puedan tomar como modelos para diseñar protocolos de autocuidado o guías informativas, considerando las necesidades básicas de los equipos y profesionales, las modificaciones al contexto de aparición y a las condiciones intervinientes generales.

***"Cuidémonos, las personas a las que ayudamos lo necesitan."*** (Parada, 2008, p. 596)

Necesitamos hacer una pausa a lo urgente para dedicarnos a lo importante. Así como para realizar este trabajo fue necesario volver a lo que me trajo hasta aquí, para el camino profesional es necesario motivarnos retornando al inicio de todo, y preguntarse ¿qué me trajo hasta aquí?, ¿por qué lo hago?, ¿para qué?, y ¿para quién?. Atender a estas preguntas da sentido a lo que se hace, y a lo que se es. No se trata de cuántas cosas se está haciendo, sino de las convicciones, creencias y certezas del origen, la esencia del Ser. Para que cuando el árbol sea sacudido por los vientos de las adversidades, las raíces sean más profundas y fuertes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.

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.  
Recuperado de <http://www.bivipas.unal.edu.co/handle/10720/259>

Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático. Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. Recuperado de  
<http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2018/03/Disruptivo-traumatico.pdf>

Cáceres, J. (2018). *Programa de prevención de desgaste por empatía en profesionales sanitarios de una Unidad de Diálisis del Hospital*. (Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Madrid). Recuperado de  
[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/685788/caceres\\_gutierrez\\_juanamaria\\_tfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/685788/caceres_gutierrez_juanamaria_tfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Canelones. Barros Blancos. (2019). Recuperado de  
<https://municipios.gub.uy/municipio/barros-blancos/transferencias>

Capezzuto Castro, B. (2017). Los equipos de trabajo en el área de la salud. En B. Capezzuto Castro et al., *Estrés laboral, Síndrome de burnout y mobbing en el equipo de salud:*

*Aspectos psicológicos* (pp. 87- 92). Montevideo: Universidad de la República, Comisión Sectorial de Educación Permanente.

Conozca el municipio de Barros Blancos. (s.f.). Recuperado de

<http://barrosblancos.imcanelones.gub.uy/institucional/conozca-el-municipio-de-barros-blancos>

Castro, L. (2017). *Estrés traumático secundario y autocuidado en profesionales de la salud*.

(Trabajo final de grado, Universidad de la República, Montevideo). Recuperado de

[https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_lucia\\_castro.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_lucia_castro.pdf)

Chile Solidario (s.f) Manual de Orientación para la Reflexividad y el Autocuidado Dirigido a Coordinadores de Equipos Psicosociales de los Programas del Sistema de Protección Social Chile Solidario. Recuperado de:

[https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/1071408/mod\\_resource/content/1/MANUAL%20de%20orientaci%C3%B3n%20para%20la%20reflexividad%20y%20el%20autocuidado\\_Chile.pdf](https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/1071408/mod_resource/content/1/MANUAL%20de%20orientaci%C3%B3n%20para%20la%20reflexividad%20y%20el%20autocuidado_Chile.pdf)

Condon, F., Da Cunha, M., Dorado, S., Echeverri, M., Jiménez, A., Molas, A., ... Escobal, A. (2011). *Por una vida sin violencia. Conceptualizaciones sobre las prácticas en el abordaje de violencia doméstica*. Montevideo: El Faro.

Costa, K. (2008). *Fadiga por compaixão: quando ajudar dói. [Fatiga por compasión:*

*quando ajudar duele]* (Tesis de maestría, Universidade de Brasília). Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/30865395\\_Fadiga\\_por\\_compaixao\\_quando\\_ajudar\\_doi](https://www.researchgate.net/publication/30865395_Fadiga_por_compaixao_quando_ajudar_doi)

Cruz Villalobos, L. (2012). Posibles deconstrucciones del trauma. Una aproximación posmoderna. *Revista Sociedad y Equidad*, 3, 172-194. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3851634>

Dilacio, G., Giorgi, V., Varela, C. (2012). Las representaciones sociales acerca de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes y su relación con los paradigmas vigentes en el campo de la infancia y la adolescencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(1), 170 - 200. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/download/31/59>

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. En W. Astudillo, A. Casado y C. Mendinueta (Eds.). *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad* (pp. 245-266). Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Recuperado de <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/RESISTENCIA-A-LAS-PERDIDAS-ECHEBURUA-1.pdf>

Farkas, C. (2002). Estrés y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Psykhe*, 11(1), 57- 68. Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/download/456/435>

Fernández Millán, J. (2007). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide.

Guerra, C., y 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>

Gonçalvez Boggio, L. (2011). Clínica laboral del burn out, del desgaste por empatía y del trauma secundario en profesionales que trabajan con víctimas de violencia. Análisis de una intervención en el Estado de México. En L. Leopold, D. Fagúndez y N.

Sobrero (Eds.), *XII Jornadas de Psicología y Organización del Trabajo*.

*Investigaciones e intervenciones innovadoras en el campo de la Psicología de las Organizaciones y el Trabajo: el estado del arte* (pp. 295-315). Montevideo:

Psicolibros Universitario.

Iglesias, G., y Resala, G. (2009). *Trabajo final, tesinas y tesis. Modalidades. Estructura metodológica y discursiva. Evaluación*. Buenos Aires: Ediciones Cooperativas.

Janoff-Bulman, R. (1992). Escala WAS de Creencias Básicas. En Arnosó, M., Bilbao, M.,

Páez, D., Iraurgi, I., Kanyangara, P., Rime, B... (s.f) *Violencia colectiva y creencias básicas sobre el mundo, los otros y el yo. impacto y reconstrucción*. (pp. 26- 28).

Recuperado de

<https://www.ehu.es/documents/1463215/1492921/Violencia+colectiva+y+creencias+b%C3%A1sicas+sobre+el+mundo+los+otros+y+el+yo+Impacto+y+reconstrucci%C3%B3n./1fa608e1-209c-47d5-b172-768dae156bfb>

Lindner, M. (2019). Prólogo. En Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la

Adolescencia contra la Violencia, *Guía para la atención de niñas y niños de 0 a 3*

*años en situación de violencia* (pp. 3- 4). Recuperado de

<http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/115765/1/sipiav-primerainformacionia-web.pdf>

Millán, J. (2007). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Manuales prácticos.*

Madrid : Psicología Pirámide.

Molas, A. (2007). *La bajada de la política: derechos humanos de adolescentes víctimas de*

*violencia.* (Tesis de Maestría, Universidad de la República, Montevideo). Recuperado

de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/4870>

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, Montevideo). Recuperado de

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4458/1/Federico%20Montero.pdf>

Montero, F., y Martínez Íñigo, D. (s.f). *Estrés traumático secundario en recursos humanos*

*en salud: concepciones teóricas y prestación de estudio descriptivo en el Hospital*

*Vilardebó.* Recuperado de

[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Doc.21\\_Estr%C3%A9s%20traum%C3%A1tico%20-%20F.%20Montero.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Doc.21_Estr%C3%A9s%20traum%C3%A1tico%20-%20F.%20Montero.pdf)

Moreno Jimenez, B., Carmona Cobo, I., Blanco, L., y Meda Lara, R. (2013). Trauma y

Trabajo: El Estrés Traumático Secundario. En B. Moreno Jiménez y E. Garrosa

Hernández, *Salud Laboral: Riesgos Psicosociales y Bienestar Laboral*. (pp. 197-220).

Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/269575813\\_Trauma\\_y\\_trabajo\\_el\\_estres\\_traumatico\\_secundario](https://www.researchgate.net/publication/269575813_Trauma_y_trabajo_el_estres_traumatico_secundario)

Moreno-Jiménez, B., Morante, M., Garrosa, E., Rodríguez, R., y Losada, 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>

Noguero, A. (2015). *Cuidado y fortalecimiento de operadores territoriales. El caso del Programa de Mejoramiento Barrial*. (Trabajo final de grado, Universidad de la República, Montevideo). Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7821/1/Noguero%20Adolfo.pdf>

Ojeda, T. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(1), 21-27. Recuperado de

<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/347/319>

Organización de las Naciones Unidas. (1993). Declaración y programación de acción de viena. 20 años trabajando por tus Derechos. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Recuperado de

[https://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA\\_booklet\\_Spanish.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf)

Organización de las Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los derechos del niño*.

Recuperado de <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>

Organización Mundial de la Salud (2016). *Maltrato Infantil*. Recuperado de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Paniagua, W. (2015). *Afectaciones psicosociales derivadas de la atención a víctimas de violencia armada*. Recuperado de

<https://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/puiiep/INF-2015-17.pdf>

Parada, E. (2008). *Psicología y Emergencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Perazza, R., y Silveira, R. (2019). *Sentimientos que despierta en los operadores las situaciones de violencia contra la infancia*. Recuperado de

<https://www.psicointegra.com.uy/nota/2288/sentimientos-que-despiertan-en-los-operadores-las-situaciones-de-violencia-contra-la-infancia>

Peroni, G., y Prato, J. (2012). *Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente*. Recuperado de

<http://www.buentrato.org.uy/wp-content/uploads/2013/10/Aportes-abuso13-4-12FINALWeb.pdf>

Quintana, C. (2005). El síndrome de burnout en operadores y equipos de trabajo en maltrato infantil grave. *Psyche*, 14(1), 55- 68. Recuperado de

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-2228200500010000](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-2228200500010000)

5

Rey, J., Granese, A. y Rodríguez, P. (2013). Espacios de cuidado: una propuesta para equipos que trabaja con niñez. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(1), 93-119.

Recuperado de

<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/117/115>

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. Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/272088636\\_La\\_evaluacion\\_del\\_estres\\_y\\_de\\_l\\_trauma\\_presentacion\\_de\\_la\\_version\\_espanola\\_de\\_la\\_escalade\\_trauma\\_acumulativo\\_CTS](https://www.researchgate.net/publication/272088636_La_evaluacion_del_estres_y_de_l_trauma_presentacion_de_la_version_espanola_de_la_escalade_trauma_acumulativo_CTS)

Santana, A. y Farkas, C. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos de profesionales que trabajan en Maltrato Infantil. *Psykhé*, 16(1), 77-89. Recuperado de

<http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/249>

Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia. (2015). *Informe de Gestión 2015*. Recuperado de

<https://www.inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-de-gestion-sipiav>

Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia. (2018). *Informe de Gestión 2018*. Recuperado de

<https://www.inau.gub.uy/novedades/noticias/download/5239/2233/16>

Sosa, N. (2019). Trata y explotación sexual comercial: el impacto en los equipos que trabajan con niñas, niños y adolescentes. (Trabajo final de grado, Universidad de la República,

Montevideo). Recuperado de

[https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_nadia\\_sosa\\_berche\\_0.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_nadia_sosa_berche_0.pdf)

Stamm, B. (2005). Professional Quality of Life. Compassion Satisfaction and Fatigue

Subscales. R-IV (PROQOL). En Cáceres Gutiérrez, J. (2018). *Programa de Prevención de Desgaste por Empatía en Profesionales Sanitarios de una Unidad de Diálisis de Hospital*. [Traducida por María Eugenia Morante Benadero, Bernardo Moreno Jiménez, Alfredo Rodríguez Muñoz] (Universidad Autónoma de Madrid, España). Recuperado de

[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/685788/caceres\\_gutierrez\\_juanamaria\\_tfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/685788/caceres_gutierrez_juanamaria_tfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional: Una mirada del síndrome del burnout*. Buenos Aires: Espacio.

Uruguay. (2004a, setiembre 14). Ley n° 17.815: Violencia sexual, comercial o no comercial cometida contra niños adolescentes o incapaces. Recuperado de

<http://www.impo.com.uy/bases/leyes/17815-2004>

Uruguay. (2004b, setiembre 14). Ley n° 17.823 : Código de la Niñez y la Adolescencia.

Recuperado de

<https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>

Uruguay. (2007, diciembre 9). Ley n° 18.214: Integridad personal de niños, niñas y adolescentes. Recuperado de

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2136673.htm>

Uruguay. (2009, setiembre 21). Ley n° 18.561: Acoso sexual. Recuperado de

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4554170.htm>

Uruguay. (2011, diciembre 28). Ley n° 18.850: Hijos de personas fallecidas como consecuencia de hechos de violencia doméstica. Recuperado de

[https://www.bps.gub.uy/bps/file/3628/2/ley18850\\_asignacion\\_familiar\\_pension\\_no\\_contributiva\\_hijos\\_de\\_fallecidos\\_por\\_violencia\\_domestica.pdf](https://www.bps.gub.uy/bps/file/3628/2/ley18850_asignacion_familiar_pension_no_contributiva_hijos_de_fallecidos_por_violencia_domestica.pdf)

Uruguay. (2013, julio 2). Ley n° 19.098. Protocolo de prevención, detección e intervención respecto al maltrato físico, psicológico o social y su aplicación en los centros educativos del país. Recuperado de

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp459431.htm>

Uruguay. (2019, junio 3). Ley n° 19747: Modificación del capítulo XI de la Ley 17.823, código de la Niñez y la Adolescencia. Recuperado de

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19747-2019>

Velázquez, T, Rivera, M. y Custodio, E. (2015). El acompañamiento y el cuidado de los equipos en la Psicología Comunitaria: un modelo teórico y práctico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(2), 307-334. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847271013.pdf>

## ANEXOS

1)

**Escala WAS de Creencias Básicas de Janoff-Bulman (1992)**

Señale la opción que más se acerque a su opinión general en cada de una de las frases, utilizando la siguiente escala de puntuación:

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo

1. La mala fortuna golpea menos a la gente decente o valiosa	1	2	3	4	5
2. La gente es de por sí poco amistosa y amable	1	2	3	4	5
3. Las cosas malas se reparten al azar entre la gente	1	2	3	4	5
4. La naturaleza humana es básicamente buena	1	2	3	4	5
5. Las cosas buenas que han sucedido en el mundo superan con mucho a las malas	1	2	3	4	5
6. El curso de nuestras vidas está determinado en buena medida por el azar	1	2	3	4	5
7. Generalmente la gente se merece lo que consigue en este mundo	1	2	3	4	5
8. A menudo pienso que no soy nada bueno	1	2	3	4	5
9. Hay más bueno que malo en este mundo	1	2	3	4	5
10. Básicamente soy una persona afortunada	1	2	3	4	5
11. La mala fortuna de la gente es producto de los errores que cometen	1	2	3	4	5
12. A la gente realmente no le importa lo que le pasa al prójimo	1	2	3	4	5
13. Normalmente me comporto de modo que pueda obtener los mejores resultados	1	2	3	4	5
14. La gente conseguirá buena fortuna si ellos mismos son buenos	1	2	3	4	5
15. La vida está demasiado llena de incertidumbres que están determinadas por el azar	1	2	3	4	5
16. Cuando me pongo a pensarlo, me considero muy afortunado	1	2	3	4	5
17. Casi siempre pongo de mi parte para prevenir que me sucedan malas cosas	1	2	3	4	5
18. Tengo una baja opinión de mí mismo	1	2	3	4	5
19. En general, la buena gente consigue lo que se merece en este mundo	1	2	3	4	5
20. Mediante nuestros actos podemos impedir que nos sucedan malas cosas	1	2	3	4	5
21. Repasando mi vida, me doy cuenta de que me ha acompañado la suerte en las cosas	1	2	3	4	5
22. Si la gente tomase acciones preventivas, podría evitarse la mayor parte de la mala fortuna	1	2	3	4	5
23. Llevo a cabo las acciones necesarias para protegerme contra la mala fortuna	1	2	3	4	5
24. En general la vida es en buena medida una lotería	1	2	3	4	5
25. El mundo es un buen lugar	1	2	3	4	5
26. La gente es normalmente amable y está dispuesta a ayudar	1	2	3	4	5
27. Normalmente me comporto para conseguir el mayor bien para mí	1	2	3	4	5

28. Estoy muy satisfecho con la clase de persona que soy	1	2	3	4	5
29. Cuando suceden cosas malas, es típicamente porque la gente no ha tomado las medidas necesarias para protegerse a sí mismos	1	2	3	4	5
30. Si miras las cosas con detenimiento, verás que el mundo está lleno de bondad	1	2	3	4	5
31. Tengo razones para estar avergonzado de mi carácter personal	1	2	3	4	5
32. Soy más afortunado que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5

**ESCALA DE IMPACTO EN CREENCIAS BÁSICAS (IBO)**- modificada por Páez

ELIJA, POR FAVOR, DE LOS SUCESOS QUE HA VIVIDO, CÚAL HA SIDO **EL MÁS IMPORTANTE O IMPACTANTE DE SU VIDA.**

Número del listado anterior: \_\_\_\_ Tiempo transcurrido hasta hoy: \_\_\_\_ meses.

Piense el hecho vivido que más le impactó y que señaló anteriormente.

Ahora, por favor, concéntrese en el momento en que ocurrió este hecho. Las personas podemos vivenciar los sucesos extremos o estresantes de múltiples maneras, a veces con emociones o pensamientos que pueden parecer antagónicos. Todas estas vivencias son válidas, por lo que le pedimos que a continuación indique en qué medida considera que el contenido expresado por la frase es falso o verdadero, pensando en el momento que ocurrió el suceso.

Responda en que medida tuvo los efectos que se presentan, según la siguiente escala:

Totalmente falso	Bastante falso	Falso, sin más	Ni falso ni verdadero	Verdadero, sin más	Bastante verdadero	Totalmente verdadero
1	2	3	4	5	6	7

Para contestar, marque con una X el que mejor expresa su opinión.

Lo que sucedió y las reacciones posteriores...	Totalmente Falso		ni Falso ni Verdadero			Totalmente Verdadero	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Redujo la confianza que tenía en mí misma/o	1	2	3	4	5	6	7
2. Me hizo sentir muy capaz	1	2	3	4	5	6	7
3. Me hizo perder la confianza en los otros, en la gente	1	2	3	4	5	6	7
4. Me hizo ver a las personas de forma más positiva	1	2	3	4	5	6	7
5. Me hizo perder confianza en la vida	1	2	3	4	5	6	7
6. Hizo que viera al mundo de forma más optimista	1	2	3	4	5	6	7
7. Hizo que la vida no tuviera más sentido para mí	1	2	3	4	5	6	7
8. Me hizo ver más claro el sentido de la vida	1	2	3	4	5	6	7
9. Me sentí muy distante de la gente, como abandonado a mi mismo/a	1	2	3	4	5	6	7
10. Me sentí capaz de hablar y compartir con mucha gente	1	2	3	4	5	6	7

Lo que sucedió y las reacciones posteriores...	Totalmente Falso		ni Falso ni Verdadero			Totalmente Verdadero	
	1	2	3	4	5	6	7
11. Me sentí descorazonado, desmoralizado	1	2	3	4	5	6	7
12. Me sentí motivado y lleno de energía	1	2	3	4	5	6	7

### Claves de Corrección

Las puntuaciones de los ítems: 2, 8, 12, 18, y 31 deben invertirse de la siguiente manera:

$$1=5 \quad 2=4 \quad 3=3 \quad 4=2 \quad 5=1$$

Luego, sume los puntajes de los ítems señalados de la siguiente manera:

1. Mundo Justo: 1 – 7 – 14 – 19
2. Mundo Controlable: 11 – 20 – 22 – 29
3. Importancia del Azar: 3 – 6 – 15 – 24
4. Mundo Benevolente: 5 – 9 – 25 – 30
5. Gente Bondadosa: 2<sub>inv</sub> – 4 – 12<sub>inv</sub> – 26
6. Dominio del Entorno (capacidad de control del yo): 13 – 17 – 23 – 27
7. Autoestima: 8<sub>inv</sub> – 18<sub>inv</sub> – 28 – 31<sub>inv</sub>
8. Tener Suerte Personal: 10 – 16 – 21 – 32

Para calcular las tres dimensiones globales, sume:

**Para Mundo con Sentido:** Mundo Justo, Mundo Controlable, Importancia Azar.

**Para Benevolencia:** Mundo Benevolente y Gente Bondadosa.

2)

**CUESTIONARIO DE ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO**

A continuación encontrará una serie de cuestiones referidas a cómo se siente respecto a su trabajo con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con un círculo el número que mejor describa su opinión, en los últimos 30 días, según la siguiente escala de respuesta:

- 1 = totalmente en desacuerdo
- 2 = en desacuerdo
- 3 = de acuerdo
- 4 = totalmente de acuerdo

Por favor, lea atentamente todas las cuestiones. Asegúrese de contestar todas según lo que piense en ese momento. Recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo, los datos tendrán un tratamiento únicamente estadístico.

1. A veces, por falta de tiempo, hay que tomar decisiones sobre el enfermo basadas en criterios no muy claros.	_____
2. Cuando se recibe un aviso, la presión por llegar en el menor tiempo posible es muy grande.	_____
3. A veces se atienden segundos avisos sin tiempo para recuperarse.	_____
4. Tener que trabajar tantas horas seguidas como sanitario de emergencias no nos beneficia ni física ni mentalmente.	_____
5. En nuestro servicio, la presión temporal por acudir al aviso es muy alta.	_____
6. Genera malestar el que se confíe tanto en el profesional que debes de ser.	_____
7. Me preocupa las posibles demandas judiciales hacia mis actuaciones como profesional.	_____
8. Lo más molesto son los reproches de los familiares del paciente.	_____
9. Cuando el familiar o el paciente es también sanitario resulta incómodo realizar mi trabajo. .	_____
10. Molesta atender a los agresores, a drogadictos, a borrachos...	_____
11. Con los niños me siento más afectado que con cualquier otro aviso.	_____
12. Me enfado muchísimo cuando atiendo a alguien que ha sufrido malos tratos.	_____

13. Reconozco que determinadas personas a las que ayudo me desagradan personalmente. .	_____
14. Me cuesta olvidar situaciones donde la víctima es un menor o un anciano.	_____
15. Me afecta especialmente ayudar a víctimas de violaciones o de maltrato.	_____
16. Estar satisfecho con mi trabajo me ayuda a enfrentarme a él cada día.	_____
17. Pienso continuar en este trabajo mientras pueda.	_____
18. Me siento satisfecho al poder ayudar a la gente.	_____
19. Me siento satisfecho cuando llego a casa al final de la jornada laboral.	_____
20. La satisfacción que me reporta mi trabajo me da energías para continuar trabajando en el.	_____

1. Me supera emocionalmente este trabajo.	_____
2. Me siento inútil y desilusionado frente al trabajo que desarrollo.	_____
3. Me siento emocionalmente sin fuerzas.	_____
4. No tengo ganas de ir a trabajar.	_____
5. Me siendo agotado física y mentalmente.	_____
6. Si algo he aprendido en mi trabajo como profesional de emergencias, es que las cosas no suceden como deberían.	_____
7. Me he llegado a cuestionar mis propias creencias después de algunas intervenciones.	_____
8. Mi trabajo me ha hecho ver que el mundo es injusto.	_____
9. Este trabajo me ha enseñado que la vida te termina dando lo que te mereces.	_____
10. Recuerdo hasta el nombre de algunos pacientes.	_____
11. A veces pienso en aquellos pacientes que han fallecido mientras los atendía.	_____
12. Guardo imágenes muy reales de aquellos accidentes que más me afectaron.	_____

13. En ocasiones te emocionas debido a este trabajo.	_____
14. Durante algunas intervenciones llegas a experimentar sentimientos de todo tipo.	_____

1. Frecuentemente sufro erupciones en la piel, sarpullidos sin explicación aparente.	_____
2. Sufro migrañas desde que comencé a trabajar en el servicio de emergencias médicas.	_____
3. Tengo problemas cardíacos.	_____
4. Me he vuelto más agresivo en mi comportamiento.	_____
5. Últimamente, siento la necesidad de aislarme.	_____
6. Recientemente he tenido problemas de pareja.	_____
7. Mi trabajo me lleva a discutir frecuentemente con mi familia.	_____
8. Últimamente faltó mucho a trabajar.	_____
9. A veces pongo alguna excusa (estoy enfermo, se me ha muerto un familiar...) para no ir a trabajar.	_____
10. Últimamente he pedido una baja laboral.	_____
11. En el último mes, me he visto implicado en algunos accidentes laborales.	_____

3)

**ProQOL -vIV**  
**PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE**  
*Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV*

Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción  
 Tercera Revisión

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, **como profesional de la urgencia médica**. Considere cada uno de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los **últimos 30 días**.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre

- \_\_\_\_\_ 1. Soy feliz.
- \_\_\_\_\_ 2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.
- \_\_\_\_\_ 3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.
- \_\_\_\_\_ 4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.
- \_\_\_\_\_ 5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.
- \_\_\_\_\_ 6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.
- \_\_\_\_\_ 7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
- \_\_\_\_\_ 8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.
- \_\_\_\_\_ 9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
- \_\_\_\_\_ 10. Me siento "atrapado" por mi trabajo.
- \_\_\_\_\_ 11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
- \_\_\_\_\_ 12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.
- \_\_\_\_\_ 13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
- \_\_\_\_\_ 14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.
- \_\_\_\_\_ 15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
- \_\_\_\_\_ 16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.
- \_\_\_\_\_ 17. Soy la persona que siempre he querido ser.
- \_\_\_\_\_ 18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.
- \_\_\_\_\_ 19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.
- \_\_\_\_\_ 20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.
- \_\_\_\_\_ 21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.
- \_\_\_\_\_ 22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.
- \_\_\_\_\_ 23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.
- \_\_\_\_\_ 24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.

© B. Hudnall Stamm, 1997-2005. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV (ProQOL)*. <http://www.isu.edu/~bhstamm>. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold. Translated by Maria Eugenia Morante Benadero, Bernardo Moreno Jimenez, Alfredo Rodríguez Muñoz, Universidad Autónoma de Madrid, Spain.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre

- \_\_\_\_\_ 25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.
- \_\_\_\_\_ 26. Me siento "estancado" (sin saber qué hacer) por como funciona el sistema sanitario.
- \_\_\_\_\_ 27. Considero que soy un buen profesional.
- \_\_\_\_\_ 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.
- \_\_\_\_\_ 29. Soy una persona demasiado sensible.
- \_\_\_\_\_ 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

© B. Hudnall Stamm, *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales-III*, 1995 -2002, <http://www.isu.edu/~bhstamm>. This form may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, & (c) it is not sold.

### **Self-scoring directions Research Information on the ProQOL – CSF-vIV: Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales**

Por favor anote lo que ha encontrado en este cuestionario y considere que las siguientes puntuaciones deberían ser usadas como una guía, no como información confirmatoria. Las subescalas y los puntos de corte se han derivado teóricamente.

Cuando sea posible, los datos deberían de ser usados de una manera continuo, así como la puntuación de corte. Estos puntos de corte deben de utilizarse como orientación y ejemplos comparativos, no como información diagnóstica o confirmatoria.

#### Self-scoring directions

1. Estar seguro de su respuesta en todos los ítems.
2. Algunos ítems son inversos, y la puntuación obtenida sería la contraria.
3. La puntuación inversa sería (i.e. 0=0; 1=5, 2=4, 3=3). Los ítems cuya puntuación hay que invertir son cinco: 1, 4, 15, 17 y 29.

Nota: la puntuación 0 no es reversible porque a pesar de todo es una evaluación nula en la dirección del ítem.

4. Marca los ítems según:
  - a. Poner una x en los siguientes diez ítems: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30
  - b. Poner un "visto" en los siguientes diez ítems: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29
  - c. Poner una círculo en los siguientes 10 ítems: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28
5. Suma los números que anotó por cada uno de los ítems y compárelos con las puntuaciones teóricas.
6. Escriba sus respuestas debajo. La puntuación está basada en puntos de corte teóricos derivados de continuas investigaciones y aproximaciones. **Si usted tiene alguna cuestión o duda, debería discutirlos con el mismo profesional de la ayuda.**

La puntuación media en esta escala es de 13 (SD 6; alpha .80). Aproximadamente el 25% de gente puntúa por debajo de 8 y un 25% de la gente por encima de 17. Si su puntuación está por encima de 17, usted puede tomarse algún tiempo para pensar sobre lo espantoso que es para usted su trabajo o si hay alguna otra razón para esta elevada puntuación. Mientras que puntuaciones altas no significan que usted tenga un problema, sí es un indicador de que usted puede querer interrogarse sobre cómo se siente ante su trabajo y lo que a éste le rodea. Usted puede desear discutir esto con su supervisor, un compañero de trabajo, o con un profesional.

© B. Hudnall Stamm, 1997-2005. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-III (ProQOL)*. <http://www.isu.edu/~bhstamm>. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold. Translated by Maria Eugenia Morante Benadero, Bernardo Moreno Jimenez, Alfredo Rodríguez Muñoz, Universidad Autónoma de Madrid, Spain.