

EL CUIDADO DE QUIENES CUIDAN: MIEMBROS DE EQUIPOS DE ATENCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR

Analia Verónica Losada¹; Julieta Marmo²
(Recibido en septiembre 2019, aceptado en noviembre 2019)

¹Psicopedagoga, Lic. y Dra. en Psicología. Es Esp. y Mg. en Metodología de la Investigación. Pos Doctora en Psicología y Esp. en Psicología Clínica con Orientación en Docencia e Investigación; Universidad Católica Argentina, <https://orcid.org/0000-0003-0488-4651>. ²Psicóloga y Especialista en Niños y Adolescentes. Docente de la Universidad Católica Argentina. Coordinadora de Posgrados y Doctorados de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la UCA. <https://orcid.org/0000-0002-9861-3272>
analia_losada@yahoo.com.ar; julietamarmo@yahoo.com.ar

Resumen: El presente trabajo tiene como objetivo analizar las variables psicológicas que intervienen en el ejercicio profesional, en Miembros de Equipos de Atención de Violencia Familiar. Se desarrolla el concepto de Síndrome de Burnout, el de traumatización vicaria y/o la movilización de propias experiencias de violencia en cuidadores que cuidan. Determinados recursos y estrategias promueven un mejor autocuidado y ajuste emocional en dichos profesionales. La metodología utilizada es de revisión sistemática y análisis crítico de estudios científicos actuales, considerando reportes sólidos y confiables en salud mental. Finalmente se detallan propuestas de intervención de cuidado saludable con la finalidad de prevenir posibles desajustes en el equipo.

Palabras Clave: Síndrome de Burnout; Autocuidado, Traumatización vicaria; Violencia familiar; salud mental, cuidar a cuidadores.

CARING FOR CAREGIVERS: FAMILY VIOLENCE CARE TEAM MEMBERS

Abstract: The objective of the present work is to analyze the psychological variables that intervene in the professional exercise, in Members of Family Violence Attention Teams. The concept of Burnout Syndrome is developed, that of vicarious traumatization and / or the of mobilization of own experiences violence in caring caregivers. Certain resources and strategies promote better self-care and emotional adjustment in these professionals. The methodology used is a systematic review and critical analysis of current scientific studies, considering solid and reliable reports on mental health. Finally, proposals for health care intervention are detailed in order to prevent possible imbalances in the equipment.

Keyword: Burnout syndrome; Self-care, vicarious Traumatization; Domestic violence; mental health, caring for caregivers.

I. INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la Salud Mental, en el campo de la Psicología, se encuentran en lo cotidiano, con numerosas historias acerca del sufrimiento humano, ya sea en lo personal, vincular o institucional. Recorren con su escucha e intervención relatos del orden de lo traumático y angustiante. Específicamente, al tratar en espacios o dispositivos de Violencia Familiar, las historias suelen ser más crueles, despertando en ocasiones, sentimientos de injusticia, desamparo, angustia, enojos, agotamiento y hasta la propia actuación violenta. A pesar de ello, los Equipos de asistencia, tienen la responsabilidad de brindar una atención adecuada, empática, científica y de calidad, respecto de cada caso que llega a su servicio o institución (Ojeda, 2006). Se considera, siguiendo a Puhl, Izcurdia, Oteyza y Escayol (2016), que trabajar con esta problemática implica a su vez, para un mejor desempeño profesional, estar atento y desarrollar estrategias para un adecuado autocuidado. Teniendo en cuenta el impacto del relato y seguimiento de las historias recibidas, y las consecuencias posibles que de ello se derivan, se trata en el presente estudio de analizar las variables psicológicas que intervienen en el ejercicio profesional, en Miembros de Equipos de atención de Violencia Familiar. Se desarrolla el concepto de Síndrome de Burnout, el de traumatización vicaria y/o la movilización de propias experiencias de violencia en cuidadores que cuidan y finalmente se describen los recursos y estrategias que promueven un mejor autocuidado y ajuste emocional en dichos profesionales. La metodología utilizada es de revisión sistemática y análisis crítico de estudios científicos actuales, considerando reportes sólidos y confiables en salud mental.

Desarrollo: Según la Organización Mundial de la Salud, se define la violencia como el *“uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”*. La violencia puede tomar diversas formas entre las que se pueden mencionar la violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica, así como se podría clasificar según las formas en que se manifieste

en los distintos ámbitos: doméstica, laboral, mediática, contra la libertad reproductiva, obstétrica.

En lo que se refiere a la violencia doméstica (Ley 26485, 2009), se entiende por tal a aquella *“ejercida por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia”*.

Las estadísticas de atención en temas de violencia familiar en Equipos de intervención, van incrementando año tras año. Así, en Argentina, por ejemplo, de acuerdo a las publicaciones oficiales de la Oficina de Violencia Doméstica (OVD, 2018), se han realizado durante el primer trimestre del año 2018, un total de 2581 prestaciones interdisciplinarias, las cuales, a su vez, se han incrementado en 2019. Existe también en ese país, un sistema para solicitar auxilio, a través de un número telefónico (144), atendido por profesionales especializados en el área. La implementación de esta línea telefónica, responde a un alcance nacional y gratuito (Ley 26.485). En este caso, los llamados recibidos por la línea 144 remiten a solicitudes de ayuda que evidencian situaciones de maltrato o violencia hacia los/as niños/as y adolescentes en el ámbito familiar. Desde su puesta en marcha en el año 2013, se responde de manera integral e inmediata a las demandas, gracias a su equipo de atención interdisciplinario que se compone de profesionales del derecho, la psicología y el trabajo social especializados en la temática de género. Inicialmente el que solicita auxilio a través de este medio es atendido por un psicólogo, el cual opera a través de la “escucha activa”. Ello implica escuchar de manera cuidadosa y asertiva (UNICEF, 2017).

Durante el período 2013 – 2015, los estudios realizados por este sistema, registran un total de 60.534 llamados

a la línea de los cuales más de 50 mil corresponden a un primer contacto realizado con la línea. Del total de llamados, el 2,9% (1.796) corresponde a casos en los que la persona en situación de violencia es un niño, niña o adolescente.

Siguiendo esta línea, en términos epidemiológicos, las estadísticas de la Oficina de Violencia Doméstica (OVD, 2018), revelan que el 76 % de los casos afectados está representado el género femenino y el 24 % restante, por el género masculino. El grupo etario femenino más amplio está dado entre los 22 y 39 años representando el 34 % de las personas afectadas. El perfil, en cuanto al nivel de instrucción, se da de manera tal que la mayoría no alcanza el nivel de formación secundaria: 34 % y en su mayoría son personas con ocupación laboral - profesional.

En cuanto a los denunciados, según la OVD (2018), más del 70 % está dado por el género masculino, del cual el 63 % está dado entre los 22 y 49 años de edad. En atención al tipo de vínculo, en su el 54 % de las personas afectadas tienen una relación de tipo pareja con la persona denunciada, novios, convivientes, cónyuges, ex parejas, de los cuales, el 62 % corresponde, en esa tendencia, a ex parejas. El vínculo es de tipo filial para el 32 % de las personas afectadas. Un 9 % posee otro tipo de vínculo con la persona denunciada. Los vínculos fraternales y de otro familiar hasta un cuarto grado de consanguinidad representan el 3 % cada uno. Resulta de alto impacto la consideración que existe entre la persona afectada y el denunciado, siendo entre alto y altísimo el riesgo corrido en familiares de hasta 4° grado, seguidos del tipo filial.

El 32 % de las situaciones de violencia familiar evaluadas en la Oficina de Violencia Doméstica (2019) afectaron a niñas, niños y adolescentes. Se trata de 4.828 personas, mayoritariamente menores de 10 años (67 %), según datos del año 2018. La violencia psicológica estuvo presente en casi todas las denuncias (más del 93 %) seguida de la física (44 %), la simbólica (36 %), la económica (27 %) y la ambiental (22 %). Entre las víctimas de violencia sexual (10 %), ocho de cada diez fueron niñas y adolescentes mujeres. Los principales tipos de violencia que se registran se pueden clasificar como: violencia psicológica, más del 91 % en todos

los rangos etarios, física, en los vínculos de pareja: 66 %, simbólica, 73 % en parejas y cerca del 40 % en las demás relaciones, sexual 20 % en otros familiares hasta 4to grado de consanguinidad.

El primer estudio sobre la violencia doméstica realizado por la Organización Mundial de la Salud (2005) pone de manifiesto que la ejercida por la pareja es la forma de violencia más común en la vida de las mujeres. En el estudio se describen las gravísimas consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres que tiene en todo el mundo la violencia física y sexual ejercida por el marido o la pareja, y se expone el grado de ocultación que sigue rodeando este tipo de violencia.

Durante el año 2018 (OVD, 2019), los equipos interdisciplinarios de la OVD atendieron 11.623 casos, lo que representa un aumento de 8% respecto del año anterior. El año 2018 fue, de los últimos 5 años, el que más cantidad de casos se atendió. Los fenómenos de violencia familiar se constituyen como un problema de salud pública dada su envergadura cuantitativa y cualitativa que comprometen a la sociedad en su conjunto (Bringiotti, 2005; Colombo, Ynoub, Viglizzo, Veneranda, Iglesias y Stroppo, 2005; Losada, 2011; Losada, 2012; Losada, 2015 y Losada y Porto, 2019) y afectan especialmente a los profesionales que se hallan en la trinchera de la detección y tratamiento de sus causas y consecuencias.

Los objetivos están en relación al análisis de las variables psicológicas que intervienen en el ejercicio profesional, en Miembros de Equipos de atención de Violencia Familiar. Por otro lado, Postular afecciones, síntomas, impacto en la salud y consecuencias en profesionales que asisten a víctimas de violencia familiar. Por último, exponer pautas para la construcción de un plan de autocuidado en integrantes de equipos de atención de violencia familiar. En tal sentido, el presente artículo tiene como objetivo general, reflexionar acerca de dichas afecciones, sus síntomas, el impacto en la salud y sus consecuencias, desarrollando finalmente pautas para la construcción de un plan de autocuidado en integrantes de Equipos de atención de violencia familiar. Se comenzará describiendo el Síndrome de Burnout.

Es necesario considerar al equipo de trabajo y el desgaste profesional. Todo este detalle fenomenológico da cuenta del perfil de personas que acuden a los servicios y equipos de atención para casos de violencia. De manera particular, los psicólogos que brindan atención a víctimas de violencia familiar, se convierten en depositarios de historias dolorosas, crueles y desgarrantes. Cuando esto ocurre de manera sostenida y a lo largo del tiempo, y en la medida en que no se desarrollan estrategias de autocuidado y acompañamiento institucional, dicho escenario de relatos y hechos violentos, puede favorecer el desarrollo del Síndrome de Burnout, la traumatización vicaria y/o la movilización de sus propias experiencias de violencia. El término *Burnout* se utilizó inicialmente en relación al efecto del uso y consumo problemático de sustancias. Le es atribuido a Freudenberger la descripción que realizó acerca del agotamiento profesional en los trabajadores que se desempeñaban en ayudas técnicas. Según Freudenberger se reemplazaba el carisma y el compromiso social por cansancio, agotamiento, fatiga y otros malestares afines. Según Llanos y Aron (2004), el afectado percibe que sus esfuerzos no cumplieron su cometido, que ha sido en vano su tarea y no se han producido las recompensas esperadas,

El síndrome de Burnout o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo fue declarado, en el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre. Su definición tal como se la expresa, no se encuentra actualmente en los manuales diagnósticos: ni en el DSM-V, ni en el CIE 10. Sin embargo, se la reconoce como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (Morales Lachiner e Hidalgo Murillo, 2015). Recientemente, la Organización Mundial de la Salud incorporará esta nomenclatura, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que entrarán en vigencia en adelante a partir del 2022. Para comprender este síndrome desde una perspectiva psicosocial, Puhl, Izcurdia, Oteyza, y Escayol (2016)

proponen diversas variables del modelo. En este sentido, desde el punto de vista cognitivo - actitudinal, se asocia a la baja realización personal en el trabajo; considerando las variables emocionales, remite de manera directa al agotamiento emocional y considerando variables actitudinales, puede llevar inclusive a la despersonalización.

Cuando se hace referencia a que un profesional está "quemado" se intenta reflejar el hecho de que una situación laboral, familiar y/o social le ha sobrepasado, agotando su capacidad de reacción. Boada, Vallejo y Agulló (2004) postulan la asociación directa entre el burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral.

Cantera, L. y Cantera, F. (2014) postulan que el síndrome de agotamiento profesional surge como consecuencia de la sobrecarga emocional de trabajo y se presenta especialmente en aquellos profesionales que abordan las problemáticas psicosociales y trabajan con violencia, exponiéndose en una serie de síntomas y dificultades a nivel personal, familiar y de relación en el interior de los equipos.

En el mismo sentido la investigación de Ramírez Pérez y Lee Maturana (2011) da cuenta que la despersonalización es una de las variables asociadas al síndrome de Burnout y se caracteriza por el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.

A la vez un equipo de trabajo en salud da cuenta de un grupo personas de diferentes disciplinas se unen para atender a los pacientes. El estatus de equipo es dado por la realización común de un trabajo llevado adelante con objetivos claros, resultados medibles, sistemas clínicos y administrativos, división del trabajo, capacitación de todos los miembros del equipo y comunicación efectiva (Grumbach y Bodenheimer, 2004).

Con respecto al autocuidado Santibáñez, María, Lucero-Espinoza, Irribarra y Muller (2008) sostienen que el modo en la cual el terapeuta ajuste sus necesidades emocionales, se asocia con el éxito o el fracaso terapéutico, siendo que el profesional perturbado

emocionalmente puede paralizar la evolución de su paciente e incitar cambios negativos o de pocos beneficios. De todos modos, Santibáñez María, Lucero, Espinoza, Iribarra y Muller, (2008) postula que un cierto nivel de conflicto psicológico en el terapeuta resultaría positivo para el progreso de la terapia, ya que se puede empatizar y comprender en profundidad para finalmente contactarse con el otro.

El desgaste y agotamiento profesional en equipos que trabajan sobre la violencia familiar refieren a síntomas que van más allá del cansancio físico que puede llevar cualquier tarea laboral. Quienes lo padecen muestran desmotivación en la tarea, irritabilidad, decaimiento psicológico, sensación de vacío, deterioro del auto concepto, visión negativa de sí mismo, de la vida y de los demás, rigidización, aburrimiento, dificultad para tomar decisiones, ausentismo laboral, sentimientos de culpa, autoculpabilización y sentimientos de omnipotencia (Llanos y Aron, 2004). Estos profesionales pueden cerrarse o aislarse de los colegas, disminuir su empatía y negarse al cambio y las nuevas formaciones o a nuevos ingresos de miembros al equipo. Si esto sucede debe realizarse un abordaje más amplio con supervisiones externas y apoyo grupal e individual.

La contaminación temática implica el verse afectado por el daño que ha tenido la violencia en los sujetos, siendo que el trabajador del área no queda ileso sino cuenta con la formación, recursos y sostén necesarios.

La primarización de los vínculos se caracterizaría en estos equipos de trabajo como el otorgamiento de roles y funciones inherentes a los grupos primarios. Frases como "ustedes son como mi familia", "paso más tiempo con ustedes que con mi familia" "los veo más que a mis hermanos" se conjugan con vivencias de colocar al jefe, director o coordinador del equipo en roles de madre o padre y posicionarse con pares en espacios pseudocompatibles al subsistema fraterno, colocando a la autoridad como padre que debe intervenir en un conflicto entre hermanos". Los liderazgos tradicionales paternalistas pueden tener este marco un terreno propicio para desarrollarse.

Los equipos que abordan estas problemáticas deben poseer formaciones variadas y dinámicas

interdisciplinarias, siendo que el "disciplinamiento" que aporta cada profesión puede enriquecer la labor del otro. Estos equipos parecen reeditar la conflictiva con la que trabajan, posicionándose en sintomatología afín a la dificultad que asisten laboralmente, vivenciado todo lo que les sucede como violencia.

La Traumatización vicaria, es un tipo de Traumatización por impacto acumulativo que proviene de la práctica profesional cotidiana en clínicos, terapeutas o todo personal de ayuda que conocerá el suceso traumático de la víctima primaria. Es decir, después de escuchar varias veces el dolor y la violencia ejercida por los otros y sumado a un fuerte deseo de ayudar, se puede comenzar a interiorizar el dolor el cual se combinan con algunas de sus propias experiencias traumáticas e impacta en la propia salud mental del profesional.

La traumatización vicaria alude a la percepción de "*todo es violencia*" y se actúa en consecuencia a ello, defendiéndose (Llanos y Aron, 2004) al estilo de Don Quijote y los Molinos de Viento. A la vez la Traumatización en Equipos representa a la reproducción en equipos de dinámicas de corte violencia y rigidizando en roles a miembros del grupo.

Llanos y Arón (2004) explicitan que, en el desgaste profesional y el agotamiento profesional, la sintomatología no es un problema de trastornos individuales, sino que se trata de reacciones que exhiben las personas que trabajan en contacto con temáticas de violencia, aunque esto puede agravarse si se trata de profesionales con condiciones psicológicas previas sin tratamientos adecuados.

En el ejercicio profesional de la psicología se dan elementos comunes con otras profesiones que predisponen al estrés y al Burnout, tales como el exceso de demanda (Farber y Heifetz, 1982; Forney, Wallace-Schutzman y Wiggers, 1982), la rutina (Deutsch, 1985; Will, 1979), la remuneración insuficiente (Forney, Wallace-Schutzman y Wiggers, 1982; Pereira, 1994, Rao y Mehrotra, 1998) o la presión constante (London, 1977). Lo mismo ocurre con las consecuencias habituales del estrés organizacional: agotamiento físico y emocional (Forney, Wallace-Schutzman y Wiggers, 1982), irritabilidad y distanciamiento físico, absentismo, o mental, falta de atención, sueño, aburrimiento. También

como en otras profesiones, los psicólogos pueden tener dificultades en sus relaciones laborales y sociales, tanto con colegas como con amigos o familiares (Cray y Cray 1977; Farber y Heifetz, 1982; Deutsch, 1985; Carvalho, 1988), y puede suceder que los problemas y dificultades en las relaciones les lleven muchas veces al aislamiento social (Greben, 1975; London, 1977; Will, 1979; Farber y Heifetz, 1982; Guy y Liaboe, 1986).

La investigación llevada adelante por Baró Jiménez, Mariño Membrives y Ávalos González (2011) da cuenta de la necesidad de los equipos de salud de recibir capacitación especializada frente al flagelo de la violencia familiar. En su trabajo investigativo de corte cualitativo en 20 profesionales de la salud miembros de equipos de trabajo el 60 % mostró desconocimiento con relación a qué tipo de atención brindar, curso a seguir, existencia de metodología, y perfeccionamiento en la atención, frente a casos de violencia doméstica. La preparación de los equipos básicos de salud, sobre violencia doméstica, es escasa en las dimensiones cognitivas y procedimentales, siendo que esta falta de capacitación temática arroja mayor riesgo de vivenciar estrés luego del abordaje.

METODOLOGÍA

Se llevó un estudio de revisión sistemática en referencia a la temática de estudio (Montero y León, 2011), valiéndose como fuente de información primaria libros, revistas científicas y tesis. Como fuente de información secundaria, se utilizaron diversas bases de datos como Google Académico, Scielo, Ebsco y Redalyc. Los términos y palabras clave empleados en la búsqueda fueron Equipos de Salud, Estrés laboral, Violencia Familiar. En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión de los estudios, se consideró la información que aportaban a las variables de estudio. Se incluyó parámetros para aceptar o desechar los artículos y demás fuentes de consulta.

Referente al autocuidado y cuidados de equipo de trabajo, Ojeda (2006) sostiene que como pilar del autocuidado en profesionales asistentes a sujetos que atravesaron violencia familiar deben darse claridad en las funciones y en las tareas para no aumentar la carga de trabajo, ya que esto afecta tanto en el servicio como en cuidado personal y profesional. Estos equipos

se componen por trabajadores designados para la realización de una tarea de la que deben claramente definirse objetivos, usualmente se trata de grupos interdisciplinarios con responsabilidad compartida sobre la tarea, según expresa Katzenbach (2000).

La ponderación, estudio y cuidado de las dinámicas del interior de los equipos y las instituciones buscan sostener equipos cohesionados en instituciones preocupadas y sensibles al cuidado de sus trabajadores reduciendo el impacto y el estrés (Antares Foundation, 2012; Mideplan, 2009; Filot, y Uriarte, 2008). Los profesionales deben gestar un encuentro genuino y respetuoso con el otro, fomentando participación y a la vez la mirada crítica respecto al trabajo que se lleva adelante (Montero, 2006). El autocuidado de los equipos de trabajo genera beneficios en sí y también en la población asistida, (Rey, Granese y Rodríguez, 2013).

La formación en competencias socioemocionales se aprende y adquieren, siendo que estos equipos además necesitan nutrirse de ellas por la gravedad de la tarea que efectúan (Franco, 2013; Valz Gen, 2015). Debe acompañarse de reforzamiento teórico, metodológico y sostenimiento grupal (Kuras, & Resnizky, 2009).

El cuidado de los equipos de trabajo en profesionales que asisten estas problemáticas debe colocarse en la agenda institucional, conociendo del impacto que genera en los miembros de los grupos de salud (Velázquez, Rivera y Custodio, 2015; Thorne, Corveleyn, Pezo del Pino, Velázquez y Valdez, 2011; Velázquez, Cueto, Rivera y Morote, 2011; y Rodríguez, 2009).

Oliveira, Queirós y Guerra (2007) proponen espacios de cuidado con el desarrollo de tareas que posibiliten la reflexión del quehacer diario, analizando el significado de situaciones complejas tanto a nivel personal como social, generando una relación de influencia mutua a partir de las relaciones de empatía.

La supervisión, la terapia personal, la resiliencia y el realizar actividades motivadoras por fuera de la actividad laboral son algunas de las vertientes saludables y reparadoras del tejido dañado o en riesgo de estarlo. Llanos y Aron (2004) sugieren: Visualizarse a sí como profesionales de riesgo, desarrollar factores protectores, formación profesional, trabajar sobre las normativas

instituciones y la psicología institucional, compartir las responsabilidades profesionales en los casos de riesgo y vivenciar la riqueza y aporte interdisciplinar.

Si este contacto con el sufrimiento humano se presenta de manera continua y cotidiana, pueden generar el desarrollo sea del síndrome de burnout, traumatización vicaria y/o la movilización de sus propias experiencias de violencia. De esta forma, su salud integral sufriría serias repercusiones, así como otras implicancias desfavorables en su desempeño laboral y en sus relaciones interpersonales en general. En este contexto, la incorporación de la práctica del autocuidado surge como una necesidad prioritaria para preservar la salud y bienestar general de los/las prestatarios/as y, paralelamente, para salvaguardar que las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y otras violencias que requieren ayuda y acuden a sus servicios, reciban una atención efectiva y de calidad.

A los fines de consolidar el autocuidado profesional deben incluirse estrategias tales como el diagnóstico participativo, la evaluación participativa y el cuidado de los equipos (Rivera, 2007).

RESULTADOS

A partir de los objetivos inicialmente propuestos y el análisis realizado, los resultados indican que los Miembros de Equipos de Trabajos, vinculados a situaciones de Violencia Familiar, se pueden ver afectados por el Síndrome de Burnout, el de traumatización vicaria y/o la movilización de propias experiencias de violencia en cuidadores que cuidan.

La descripción epidemiológica revela datos de alto impacto, aumentando anualmente las cifras en temas de violencia familiar. La violencia psicológica, seguida de la física exponen las tasas más altas, generalmente ejercidas sobre mujeres y niños, por parte de un adulto, que, en distintos sentidos, ejerce su poder de manera insalubre. En atención a ello, y considerando especialmente que el tipo de violencia familiar es en la región occidental, de las más frecuentes, es que se requiere mayor atención profesional. En ese sentido, se constituyen como un problema de salud pública regional y nacional, así como en distintos contextos internacionales.

El desajuste dado entre las demandas que implican al profesional poner en marcha sus competencias y habilidades, y las situaciones de estrés a las que se ve cotidianamente sometido, pueden afectarlos profesionalmente, deteriorando en ese caso, su calidad de atención. Como lo plantean Puhl, Izcurdia, Oteyza y Escayol (2019), se trata de una reacción a la tensión emocional crónica creada por contacto persistente y continuo con personas que atraviesan crisis endogámicas que son motivo de sufrimiento. Son claros los indicadores resultantes de las problemáticas a las que el trabajador de la Salud Mental se ve expuesto en este campo.

En este caso, se han analizado las variables psicológicas que intervienen en el ejercicio profesional, en Miembros de Equipos de atención de Violencia Familiar, dando respuesta al objetivo inicial de la investigación. Se ha estudiado al Síndrome de Burnout, como un padecimiento que el profesional vivencia en el desarrollo de su trabajo, producto del estrés, desgaste y agotamiento experimentado, que lo lleva habitualmente a tener síntomas como fatiga crónica, ineficacia, pérdida de atención y que en sus formas complejas y más graves, podría implicar situaciones de abandono de la profesión y a padecer trastornos psicológicos graves.

Por otra parte, se ha analizado el concepto e implicancias de la Traumatización Vicaria, entendiendo por tal a la aparición de síntomas relacionados con estrés postraumático en quienes asisten a personas afectadas por una experiencia traumática, como en el caso de la violencia intrafamiliar. Se genera entonces una exposición, cuya duración varía en cada caso, a los traumatismos de la otra persona. A ello se le suma la conexión empática del trabajador hacia esta persona y con sus propias experiencias dolorosas aún no integradas en su vida, pudiendo desarrollar síntomas similares al del trastorno por estrés post traumático (pesadillas, sueños y recuerdos recurrentes e intrusos, temores, angustia, malestar psicológico y/o físico). Finalmente se aborda la movilización de las propias experiencias de violencia. Con ello se hace referencia al riesgo de revivir o activar las propias vulnerabilidades, sufrimientos, temores, culpas, frustraciones, tristezas, impotencia, enojos referidos a eventos violentos.

Cualquiera de sus formas puede ser presentada en un continuum, experimentándose en distintos grados. Resulta más grave cuanto menos reconocida sea por los Equipos en los que se trabaja. Es por ello que, dando respuesta al último objetivo, se abordan estrategias propuestas por diversos investigadores, acerca del autocuidado en integrantes de Equipos de atención de violencia familiar. Se entiende por tal a aquella práctica que involucra actividades cotidianas, en las que toda persona debe trabajar para tener un desarrollo armónico y equilibrado, primando en este sentido, la promoción de la salud. Siguiendo esta línea, se han desarrollado planes y recursos para un mejor abordaje, siendo que, cuanto más cuidado y monitoreados estén los cuidadores, mejor podrán desarrollar sus actividades profesionales, mejorando circularmente su calidad de vida, la del que solicita ayuda y la de la institución de la que forman parte.

DISCUSIÓN

La familia es conjunto organizado de personas en interacciones permanentes, dinámica funcional, conectadas entre sí, plasticidad, reglas y límites que se sostienen en un intercambio interno y con el exterior (Losada y Marmo, 2017). Los profesionales avezados en los procesos de violencia familiar pueden dar cuenta de que estos grupos familiares presentan organizaciones diferentes o *desorganizaciones, dinámica funcional o disfuncionalidades, conectadas entre sí o desconectadas, reglas y límites, carencia de reglas y límites, intercambio interno y con el exterior, rigidez en la relación interna y con el exterior, ausencia de plasticidad*. Los patrones rígidos y repetitivos se constituyen como prototípicos en familias de transacción violenta., con fuertes intenciones de dominio, superioridad y descalificación del otro miembro, prevaleciendo dinámicas de ambigüedad y confusión.

La Violencia Familiar afecta a los miembros del grupo primario, a quienes intervienen en su diagnóstico y en el tratamiento y a la sociedad en general. Los daños que produce son incuantificables.

Quintana (2005) aporta que el desarrollo de políticas públicas acerca de las problemáticas de riesgo puede disminuir las dificultades de los grupos que trabajan en ello, ya que sentirían respaldo y contarían con los

recursos necesarios para llevar adelante la superación de la crisis. Siendo de vital importancia la presencia y actuación del Estado en la protección a las víctimas de violencia de género. Adecuar la ley y hacer que ésta se cumpla en un marco de Justicia ineludible, donde las personas se sientan amparadas, como así también brindar espacios de contención al nivel de las necesidades de las personas que lo requieran.

La capacitación multiplica los recursos, renueva la creatividad y la esperanza en la labor que se halla a cabo, sugiriéndose la formación permanente. En la misma línea participar en proyectos de investigación puede dar cuenta cuales son los tratamientos eficaces, la epidemiología del fenómeno y nuevos elementos diagnósticos. A la vez, se estima que no debe perderse de vista que la familia es el terreno fértil donde se desarrolla la violencia doméstica y por tanto fortalecer, acompañar y promover la salud familiar se constituye como parte de la solución.

La Resiliencia se constituye como salida saludable si el hecho o el daño ya se presentó. La Resiliencia alude a la capacidad de salir airoso y aun fortalecido luego de haber atravesado un conflicto. Losada y Latour (2013) postulan que la resiliencia puede ser suscitada en cualquier etapa del ciclo vital y en todos los individuos, familias y sociedades y puede convertirse en una herramienta válida para superar la vulnerabilidad frente a la adversidad. Y que la aplicación clínica y social del concepto de resiliencia debe contemplar el estudio de las fortalezas presentes en la calidad de vida, el análisis de las fortalezas provenientes de los recursos sociales y sucesos de vida positivos y las fortalezas derivadas de las respuestas de afrontamiento. ¿Qué puede capitalizarse luego de haber atravesado o asistido a miembros de un grupo con fenómenos de violencia familiar? ¿Cómo puede aprender y aprenderse de la crisis? Las construcciones del individuo se basan y se nutren de construcciones el medio con el reconocimiento y la aceptación. Las familias necesitan de redes de apoyo y sostén, valiéndose de la resiliencia como recurso humano y terapéutico. Y los profesionales que abordan el tema, también.

A la vez el cuidado de los integrantes de los equipos de atención a quienes padecen fenómenos de violencia familiar debiera ser un tema en cartelera, por su

relevancia y contaminación personal y profesional. El profesional debe cuidar de sí mismo, realizando conductas que tienen por finalidad la propia persona, que van en la línea del autoconocimiento y de procesos cognitivos relacionados con pensar en uno mismo que posibiliten luego realizar acciones propiciadoras de la salud mental, ligado a las vivencias de experiencias de bienestar y satisfacción, obtenidas y gestadas mediante comportamientos enmarcados en la salud mental y la salud en general (Fierro, 2000). Los miembros del equipo que cuenten con niveles adecuados de bienestar propician su salud mental y esto repercute de modo directo en el desempeño que presente con sus consultantes y asistidos (Rodríguez y Arias, 2018).

Por tanto, el cuidar a quienes cuidan a sujetos con violencia familiar posibilita la prevención de situaciones de agotamiento profesional y a la vez responde a los fundamentos éticos y políticos necesarios para la salud comunitaria (Winkler, 2007). Además de voluntades de los miembros de los equipos deben gestionarse acciones, políticas afines y programas capaces de integrar y coordinar las acciones en marcha (Ynoub, 1998).

CONCLUSIONES

La atención de personas que padecen violencia familiar, interpela a las instituciones y a la sociedad en general, a desarrollar estrategias de atención cada vez mayores, ya sea en términos cuantitativos (dado que aumenta sistemáticamente la demanda de prestaciones) así como en términos cualitativos (que hacen referencia a la calidad de intervención psicológica e interdisciplinaria). El contacto frecuente con la escucha de situaciones traumáticas, angustiantes y agresivas, puede afectar individual y colectivamente a los Profesionales de Equipos que trabajan tal problemática. La alteración puede tomar distintos modos e intensidades, desarrollándose de manera lenta y continua hasta tomar dimensiones más claras y definidas. En este sentido, se desarrollan los conceptos implicados en el primer objetivo, y que resultan como consecuencia del estrés en el ámbito laboral y en el profesional especializado. Es decir, se analiza el Síndrome de Burnout, el de traumatización vicaria y/o la movilización de propias experiencias de violencia en cuidadores que cuidan. En todos estos casos, se suele asociar al estrés

como un importante factor de riesgo sobre el desgaste profesional, que impacta al bienestar y calidad de vida profesional, lo que hace que su rendimiento laboral se vea afectado. Las fuentes de desgaste pueden tener su origen externo (falta de recursos, déficits institucionales, u otras tensiones procedentes del medio u externas al profesional) o interno (miedo a revivir situaciones traumáticas del pasado, vivenciar agresión u otras tensiones propias del psicólogo).

Se entiende al Síndrome de Burnout como un desajuste producto del agotamiento, que paradójicamente se da en aquel cuidador que cuida, se identifica en este sentido como, *“el precio de ayudar a los demás”*. Se describe la traumatización vicaria del terapeuta como aquellos casos en que se absorbe, de manera inconsciente, la sintomatología y sufrimientos de la víctima y los reproduce en su propia persona, convirtiéndose en cierto modo en una víctima indirecta. La principal diferencia entre ambos es que, en el Burnout, se desarrolla el desgaste hasta el punto de alcanzar un agotamiento emocional; mientras que la traumatización vicaria el profesional mantiene en todo momento con la víctima una actitud de asistencia absoluta, lo cual hace pueda sentirse confuso ya que se va identificado con los sentimientos de la víctima. Finalmente, la identificación puede llevar a formas menos discriminadas, en que el profesional ponga en juego su propio actuar violento, ya sea de manera directa o indirecta en su ámbito laboral y/o personal. De esta manera, dando respuesta al segundo objetivo, se han desarrollado las afecciones junto a sus síntomas, su impacto en la salud y las consecuencias en profesionales que asisten a víctimas de violencia familiar.

Se encontraron en el análisis sistemático, pautas para la construcción de un plan de autocuidado en dichos Equipos, lo cual, a través de un grupo de estrategias de planificación - monitoreo y psico-educación, responden a principios de prevención, tratando con ello de minimizar los variables de riesgo y potenciando los factores protectores individuales y socio-institucionales. Para ello, es fundamental reconocer las fuentes de desgaste, abordarlas y mejorar la calidad de vida profesional, personal, del Equipo y de la Institución, lo cual, en todos los sentidos, impactará favorablemente en la calidad de atención brindada. Finalmente,

considerar el desarrollo de políticas públicas en salud, acerca de las problemáticas de riesgo, puede disminuir las dificultades de los grupos que trabajan en ello.

REFERENCIAS

- Álvarez, A. (2012). La adopción. En *Análisis del proyecto de nuevo Código Civil y Comercial 2012*. Buenos Aires: El Derecho. Recuperado en 2019 de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/contribuciones/adopcion-atilio-alvarez.pdf>.
- Antares Foundation. (2012). *Gestión del estrés en trabajadores humanitarios: Guía de buenas prácticas*. Amsterdam: Antares Foundation.
- Arón, A.M. & Llanos, M.T. (2005). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan en violencia. *Sistemas Familiares* 20 (1-2) 5-15
- Baró Jiménez, V. G., Mariño Membribes, E. R., & Ávalos González, M. M. (2011). Preparación del equipo básico de salud en temas de violencia doméstica, perspectiva de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(2), 178-186.
- Boada, J., Vallejo, R. D., & Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16 (1).
- Bringiotti, M. I. (2005). Las familias en "situación de riesgo" en los casos de violencia familiar y maltrato infantil. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14, 78-85.
- Cantera, L., & Cantera, F. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97.
- emas Familiares 20 (1-2) 5-15
- Código Civil y Comercial Argentino (2014). Recuperado de Infoleg en 2019 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/42438/textact.htm>
- Colombo, G., Ynoub, R. C., Viglizzo, M., Veneranda, L., Iglesias, G., & Stropparo, P. (2005). Prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio. *Convergencia*, 12(38), 81-107.
- Dirección de Educación de Adultos y Formación Profesional de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires (S/A). Recuperado en 2019 de <http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/educaciondeadultos/educacionadistancia/documentosdescarga/documentosmateriales/teoriadelaorganizacion.pdf>
- Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda (2017). Los divorcios en la Ciudad de Buenos Aires en 2016. Recuperado en 2019 de https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/10/ir_2017_1205.pdf
- Drucker, P. (1993). *La sociedad poscapitalista*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Fierro, A. (2000). El cuidado de sí mismo y la personalidad sana. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, (76), 35-47.
- Filot, A., & Uriarte, C. (2008). Resilience in MSF and its Personnel 1 MSF: Belgium 2 MSF, Spain. *African Health Sciences*, 8(S), 44-45.
- Franco, R. (2013). *Salud Mental Comunitaria para mujeres afectadas por violencia: Sistematización del programa de formación en salud mental comunitaria para la atención de las secuelas de la violencia política*. Lima: Manuela Ramos.
- Grumbach, K. & Bodenheimer, T. (2004). Can health care teams improve primary care practice? *Jama*, 291(10), 1246-1251.
- González, A. (2019). Adoptar en Argentina. ¿Por qué es tan complejo el proceso? 21 de enero de 2019. Diario Perfil. Recuperado en 2019 de <https://www.perfil.com/noticias/sociedad/como-es-proceso-adopcion-argentina.phtml>
- Hasibe, L. (2011). *Palabras para la familia*. México: Sista.
- Katzenbach, J. (2000). *El trabajo en equipo: Ventajas y desventajas*. Barcelona: Granica.
- Kuras, S., & Resnizky, S. (2009). *Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico-clínica*. Buenos Aires: Letra Viva
- Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, (2005).
- Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias* (Doctoral dissertation, Tesis de Doctorado). Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Argentina).
- Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 201-229.

- Losada, A. V. (2015). *Familia y psicología*. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Losada, A. V., & Marmo, J. (2017). Hacia la comprensión de los procesos familiares. Buenos Aires: Dunken.
- Losada, A. V. & Porto, M. (2019). Familia y Abuso Infantil. *Revista Neuronum*, 5 (2) 7-32.
- Losada, A., V. y Ribeiro, M., V. (2015). Apego y Adopción. *Borromeo*, 6 1-15.
- Mideplan. (2009). *Manual de orientación para la reflexividad y el autocuidado*. Santiago de Chile: Mideplan.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2019). Adopción en Argentina: guía informativa. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones SAIJ, 2017. 32 p.; 20 x 20 cm. ISBN 978-987-46508-6-3 1. Derecho de Familia. 2. Adopción. I. Título. CDD 346.015
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2019). Recuperado en 2019 de http://www.saij.gov.ar/26994-nacional-codigo-civil-comercial-nacion-Ins0005965-2014-10-01/123456789-0abc-defg-g56-95000scanyel#parte_731.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: Método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós
- Montero, I. y León, O. G. (2011) Usos y costumbres metodológicas en la psicología española: un análisis a través de la vida de Psicothema (1990- 1999). *Psicothema*, 13 (4), 671-677.
- 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.
- Oliveira, M., Queirós, C., & Guerra, M. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: Do caos a autopoíese. *Psicologia, Saude & Doencas*, 8(2), 181-196.
- Orozco Rincón, E., López Ruiz, E., Zuleta, P., López, D., Giraldo, M., Gómez, M., Molina, A., Álvarez, A., Valencia, L., Ramírez Gómez, B., Páez, A. (2013). Rol del psicólogo en las organizaciones. *Revista Psicoespacios*, Vol. 7, N. 11, diciembre 2013, pp. 409-425. Recuperada en 2019 de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>.
- Puhl, S.; Izcurdia, M.; Oteyza, G. & Escayol, M. (2016). Síndrome de Burnout en profesionales que asisten a víctimas de violencia familiar. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Secretaría de Investigaciones. **Anuario de Investigaciones, XXIII**, 229 -236.
- Ramírez Pérez, M., & Lee Maturana, S. L. (2011). Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. *POLIS. Revista latinoamericana*, (30). Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/2355>.
- Rey, J., Granese, A., & Rodríguez, P. (2013). Espacios de cuidado: Una propuesta para equipos que trabajan con niñez. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3(1), 93-119.
- Rivera, M. (2007). *Guía de capacitación para la intervención en salud mental comunitaria*. Lima: MINSU-UE/AMARES.
- Rodríguez, J. (2009). Protección de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres. En Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (Ed.), *Salud mental en la comunidad* (pp. 269-284). Washington, DC: OPS/OMS.
- Rodríguez, M. J., & Arias, S. (2018). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul Americana de Psicología*, 1(2), 216-234.
- Santibáñez, P., María, R., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D., & Muller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 89-98.
- Thorne, C., Corveleyn, J., Pezo del Pino, C., Velázquez, T., & Valdez, R. (2011). *Buenas prácticas en la prevención y atención de la violencia social: Sistematización de la labor realizada por instituciones y organizaciones peruanas*. Lima: PUCP.
- Valz-Gen, V. (2015). Cuidado a los equipos. En M. Rivera & T. Velázquez (Eds.), *Trabajo con poblaciones afectadas por violencia política*. Lima: Maestría de Psicología Comunitaria de la PUCP.
- Varela, C. (2010). La psicología institucional argentina. Orígenes y fundamentos. Segundo Congreso Nacional y Primer Encuentro Internacional de Psicosociología Institucional, Universidad Nacional de Salta, , 12-14. Recuperado en 2019 de <http://www.cristianvarela.com.ar/textos/a-institucional-argentina-origenes-fundamentos>.

- Velázquez, T., Cueto, R., Rivera, M., & Morote, R. (2011). Construyendo una psicología comunitaria en el Perú. En M. Montero & I. Serrano-García (Comps.), *Historias de la psicología comunitaria en América Latina: Participación y transformación* (pp. 337-355). Buenos Aires: Paidós
- Velázquez, T., Rivera, M., & 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.
- Winkler, M. I. (2007). Cuestiones éticas en Psicología Comunitaria: Dudas en la praxis. En J. Alfaro & H. Berroeta (Eds.), *Trayectoria de la Psicología Comunitaria en Chile: Prácticas y conceptos* (pp. 373-400). Valparaíso: Universidad de Valparaíso
- Vitale, N. y Civale, V. (2010). La Psicología Institucional como modalidad de intervención profesional. Recuperado en 2019 de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/039_psico_institu2/material/bibliografia/vitale_civale-psicologia_institucional_como_modalidad_de_intervencion.pdf
- UNICEF (2017). Un análisis de los datos de la línea 144 sobre casos de violencia de género. Recuperado en 2019 de <https://www.unicef.org/argentina/media/1161/file/SerieLasViolencias4.pdf>
- Ynoub, R. C. (1998). Caracterización de los servicios de atención en violencia familiar del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 71-83.