

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL EN OPERADORES/AS DE SERVICIOS QUE ATIENDEN A PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Prevention of the burnout syndrome in operators of services that attend to people affected by gender-based violence

Sabina Deza Villanueva* y Soledad Vizcardo Salas**
Universidad Femenina del Sagrado Corazón

Resumen

Los y las profesionales que brindan atención a personas afectadas por violencia de género, al estar en contacto con el sufrimiento humano de manera continua y cotidiana, se encuentran en riesgo de ser afectadas por el síndrome de agotamiento profesional y problemáticas relacionadas, como la traumatización vicaria y la movilización de las propias historias de violencia. Las repercusiones en la salud integral de estos profesionales, traería implicancias desfavorables en su desempeño laboral, en sus relaciones interpersonales en general y en la calidad de la atención a las víctimas de violencia que acuden en busca de sus servicios, más aún, sino cuentan con herramientas, estrategias y apoyos necesarios para realizar una labor efectiva y a la vez para protegerse. Considerando estos aspectos en el presente artículo se desarrolla la naturaleza de los conceptos: síndrome de agotamiento laboral, entorno laboral saludable y el autocuidado para finalmente describir algunas estrategias para la creación, implementación y evaluación de programas preventivos del SAP.

Palabras Clave: Prevención, síndrome de agotamiento profesional, operadores/as de servicios, personas afectadas por la violencia basada en género, programas preventivos del SAP.

Abstract

The professionals who provide care to people affected by gender violence, being in contact with human suffering on a continuous and daily basis, are at risk of being affected by the syndrome of professional exhaustion and related problems, such as vicarious traumatization, and the mobilization of one's own stories of violence. The impact in the integral health of those professionals, would bring unfavorable implications in the following: work performance, in interpersonal relations in general and in quality of the attention to the victims of violence that come in search of their services, even more, they have tools, strategies and necessary supports in order to perform an effective task. Besides to protect themselves. Considering those aspects in the present article, develops the nature of the concepts: burnout syndrome, healthy work environment and self-care to finally describe some strategies for the creation, implementation and assessment of preventive programs of the SAP.

Keywords: Prevention, professional burnout syndrome, service operators, people affected by gender-based violence, preventive programs of the SAP.

* Psicóloga. Docente UNIFÉ. sv292@yahoo.es

** Psicóloga. Docente UNIFÉ.

Los y las profesionales que brindan atención a personas afectadas por cualquier tipo de violencia, se convierten en depositarios/as de historias crueles de abuso y del dolor ajeno; y dado que este contacto con el sufrimiento humano es enfrentado continua y cotidianamente, dichos profesionales se encuentran en riesgo de afectarse por el síndrome de agotamiento profesional y problemáticas relacionadas, como la traumatización vicaria y la movilización de las propias historias de violencia. Según Santana & Farkas (2004) esto también puede ser la causa de trastornos psicológicos graves, del abandono de la profesión o del campo de trabajo, más aún, sino cuentan con herramientas, estrategias y apoyos necesarios para realizar una labor efectiva y a la vez para protegerse.

Tales repercusiones en la salud integral de estos profesionales, traería implicancias desfavorables en su desempeño laboral, en sus relaciones interpersonales en general y en la calidad de la atención a víctimas de violencia que acuden a sus servicios en búsqueda de ayuda. En palabras de Arón & Llanos (2004), estas temáticas producirían un impacto en los equipos de trabajo, erosionándolos con graves consecuencias tanto para la supervivencia de los equipos, para sus integrantes y para los usuarios/as quienes los consultan.

Es por esta razón, que la práctica del autocuidado en los y las profesionales que brindan este servicio, emerge como necesidad prioritaria para preservar su salud y bienestar general; como una respuesta preventiva, oportuna e indispensable para proteger y/o recuperar su buen estado de salud y paralelamente, para salvaguardar que las personas que acudan a ellos y ellas, reciban una atención efectiva y de calidad.

Desde la posición de los/as operadores/as de atención de la violencia basada en género se han identificado procesos y problemáticas particulares, tales como: el fenómeno del “desgaste profesional”, el “fenómeno de “Burnout”, la “victimización vicaria”, el “desorden de estrés post-traumático secundario”, el “estado de extenuación emocional” (Claramunt, 1999) y el “desgaste por empatía” (Arredondo, 2007)

Estas manifestaciones están muy asociadas a “efectos particulares del trabajo en problemáticas

complejas sufridos por los/as operadores/as incluyendo en la caracterización - con distinto énfasis - el nivel de efectos en el marco individual (baja anímica, sensación de fatiga, desmotivación, etc.), en el marco del compromiso laboral (falta de deseo de ir a trabajar, deserción y rotación laboral, entre otros), en el marco del trabajo de equipo (aumento de conflictos interpersonales, rigidez de procesos para la toma de decisiones y enfrentamiento de problemas, entre otros), y en el marco de la obtención de resultados del trabajo realizado (baja productividad, aumento de errores en procedimientos, entre otros).

Frente a lo descrito, es que surge la noción de “Autocuidado de los equipos psicosociales” (Arredondo, 2007). La introducción de dicho constructo, parte de la consideración de un análisis ecológico de las diferentes problemáticas sociales, es decir, es consistente con la inclusión de multiniveles de análisis para la comprensión de la fenomenología de los problemas sociales, integrando así la posición del/a operador/a en este marco.

Para una mejor comprensión de esta situación, desarrollamos la naturaleza de algunos conceptos vinculados a la necesidad de prevenir el SAP y promover el autocuidado en los operadores/as que brindan atención a víctimas de violencia:

SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL O BURNOUT

El Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP), también conocido como “Síndrome de Burnout”, “Síndrome del quemado”, “Síndrome del desgaste profesional”, entre otros, se define como: “reducción de la respuesta funcional del organismo a las demandas de la vida cotidiana como consecuencia de usar toda nuestra energía, aún la de reserva, sin conservar la necesaria para nosotros/as mismos/as. Es una respuesta crónica a la tensión emocional constante y no la reacción a una crisis ocasional” (Claramunt, 1999)

El SAP viene a ser la consecuencia de eventos estresantes de índole laboral que disponen al individuo a padecerlo; este aspecto es medular en la definición del SAP dado que se refiere al rol específico de atención al/la otro/a que sufre (Oyague, Montani & Quintana, 2002)

El SAP se desarrolla cuando existe una persistencia crónica de la situación estresante y el organismo tiene escasa o ninguna posibilidad de recuperarse, llegando a desgastar su capacidad para seguir funcionando adecuadamente (Flórez, 2003); es decir, su sistema inmunológico se debilita y su vulnerabilidad biológica se incrementa, lo que conlleva a que su predisposición a la enfermedad sea mayor y, por ende, su salud se encuentra en mayor riesgo (Bayés, 1998), (Maslach & Jackson, 1982)

El SAP es una respuesta de inadaptación frente al estrés laboral crónico, que se presenta en diversos profesionales que están sujetos a condiciones laborales difíciles, extensas jornadas laborales, bajas remuneraciones u otras, antecuyas exigencias desarrollan agotamiento emocional, despersonalización, actitudes hostiles y agresivas con las personas que alternan en su trabajo y concluyen con sentimientos de insatisfacción laboral y pensamientos de baja realización personal en el trabajo (Zavala, 2008).

Según Maslach & Jackson (1982) el SAP se desarrolla en un proceso marcado por tres fases o etapas:

1. Agotamiento emocional. Surge al fracasar frente al intento de cambiar las situaciones que le originan estrés. Se presenta desgaste emocional, agotamiento, fatiga, irritabilidad, pérdida de energía y del disfrute de las tareas, insatisfacción laboral.

2. Despersonalización o deshumanización. Parte medular del SAP; se origina en el fracaso ocurrido en la fase anterior. La persona busca protegerse frente a la indefensión, impotencia y desesperanza emocional. Se presenta distanciamiento afectivo, estados de depresión, actitudes negativas, insensibilidad, trato impersonal e indiferente hacia los/as demás (incluidos los/as usuarios/as, familiares, compañeros/as de trabajo, etc.)

3. Abandono de la realización personal. La persona autoevalúa negativamente su propio trabajo, siente que ha perdido el significado y valor que tenía; aparecen sentimientos de fracaso, inadecuación e insatisfacción respecto a sus logros, llegando a apartarse de actividades familiares, sociales y recreativas.

Los síntomas observados pueden evidenciarse como;

- Físicos: fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, impotencia, gastrointestinales, etc.
- Emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etc.
- Conductuales: agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de sustancias
- Relacionados con el trabajo: ausentismo, falta de rendimiento, robos...
- Interpersonales: pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, etc.

Dado que el SAP se instala progresivamente en la persona, es posible que sea tratado oportunamente. No tomar las precauciones apropiadas puede desencadenar la aparición de depresión, lo que estaría facilitando que el SAP continúe instalándose.

Entre las consecuencias que ocasiona en la salud de quien lo padece figuran: Alteraciones del sueño, depresión, cefaleas, migrañas, alteraciones respiratorias, trastornos gastrointestinales, vértigos, mareos, disfunciones sexuales, alteraciones menstruales, consumo de alcohol y sustancias tóxicas. Adicionalmente puede enfrentar el agravamiento de enfermedades como coronariopatías, diabetes, colon irritable, úlcera gastroduodenal, asma, psoriasis, herpes, etc. La insatisfacción personal y laboral conducirá fácilmente al ausentismo, al bajo rendimiento, al riesgo de sufrir accidentes en el trabajo y al deterioro en la calidad asistencial; sus significativos cambios conductuales irán deteriorando y hostilizando sus relaciones interpersonales (Flórez, 2003; Dughi, 2003; Gil-Monte, 2001)

Arón & Llanos (2004), señalan además que el SAP en personas que atienden personas, se distingue por 3 características: Contaminación temática, traumatización bicaria y traumatización de los equipos.

1. Contaminación temática. Referida al 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. Trabajar en contacto con temas como los descritos va produciendo

un impacto silencioso en las personas y los equipos que equivale al contagio y la contaminación que ocurre insidiosamente al vivir en contacto cercano con sustancias tóxicas. Lo mismo ocurre al estar en contacto permanente con temas de daño.

Este impacto se traduce en fenómenos como la traumatización vicaria y la traumatización de los equipos;

2. Traumatización vicaria. Referida al efecto de reproducir en uno mismo los síntomas y sufrimientos de las víctimas de cualquier forma de violencia, al trabajar profesionalmente con ellas o con los victimarios. Uno de los efectos de trabajar en contacto con la violencia es que el operador se contacta con sus propias experiencias de abuso y maltrato, conscientes o no conscientes, actuales o pasados. Estas experiencias pueden referirse al haber sido víctima o victimario. Consecuentemente puede aparecer la hipersensibilidad frente a situaciones en que sienten que sus propios derechos son vulnerados y, personas que se caracterizaban por su serenidad y tranquilidad para enfrentar situaciones conflictivas, comienzan a mostrar hiper-reactividad, es decir, reaccionar airadamente o a sobre reaccionar, cuando están en contacto con temas como la violencia.

3. Traumatización de los equipos. Referida al efecto de reproducir en el grupo de trabajo las dinámicas de circuito de la violencia. Es decir, algunos son percibidos por los demás como abusadores, la mayoría se percibe a sí mismo como víctima, los equipos se disocian, se arman coaliciones, triangulaciones. Las emociones que circulan son las de miedo intenso, persecución, sensación de abuso, abuso de poder, designación de chivos emisarios, expulsión de algún miembro, conflictos de lealtades, etc. Los equipos más traumatizados presentan aislamiento de sus miembros, dificultad para ventilar los conflictos y aparecen externamente muy silenciados.

El trabajo con los usuarios también se resiente, pudiendo estos recibir el rebote de carga de los conflictos no resueltos del grupo. Los equipos traumatizados pueden ocasionar mucho sufrimiento a sus integrantes y habitualmente tienen una alta rotación de personal, pudiendo llegar a desintegrarse por completo.

La traumatización de los equipos es una de las principales causas que esgrimen los profesionales y operadores sociales que abandonan éste campo de trabajo.

La reformulación de estos problemas como “traumatización de los equipos”, permite abordar el problema desde una perspectiva grupal y temática, más que individual, que ha sido la forma de abordarlo tradicionalmente.

En los equipos traumatizados las personas están también dañadas, entender esas dinámicas poniendo el énfasis en las características de personalidad de tal o cual integrante del equipo, nos reduce a la solución posible de las psicoterapias individuales como única salida. Eso considerando que las personas estén en condiciones emocionales y de orden práctico para realizarla, y que además los procesos terapéuticos sean exitosos. Aun en el mejor de los casos, puede aliviarse el sufrimiento individual pero no se abordará el tema del trabajo del equipo, y lo que es más grave del servicio a los usuarios que necesitan su ayuda.

ENTORNO LABORAL SALUDABLE

Es el entorno laboral en el cual los trabajadores y sus jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y el bienestar de los mismos, así como, la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores:

- La salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo.
- La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del ambiente de trabajo.
- Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo, y
- Las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (2010) define la salud como “un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales” y no solamente

como la ausencia de enfermedad. Esta definición forma parte de la Declaración de Principios de la OMS desde su fundación en 1948, y en esa misma declaración se reconoce que la salud es uno de los derechos fundamentales de los seres humanos, y que lograr el más alto grado de bienestar depende de la cooperación de individuos y naciones y de la aplicación de medidas sociales y sanitarias (Parra, 2003).

En esta definición se destacan:

- La igualdad de los conceptos de bienestar y de salud.
- La integración de los aspectos sociales, psíquicos y físicos en un todo armónico.
- La adopción de un marco común para el desarrollo de políticas de salud por parte de los países firmantes.
- La salud debe entenderse como un estado que siempre es posible de mejorar y que implica considerar la totalidad de los individuos, relacionados entre sí y con el medio ambiental en que viven y trabajan. En este contexto, el trabajo es una fuente de salud. Gracias al trabajo, las personas logramos acceder a una serie de cuestiones favorables que nos ayudan a mantener un buen estado de salud.

Una comunidad o un país mejoran el nivel de salud de su población cuando aseguran que todas las personas en condiciones de trabajar puedan acceder a un empleo que satisfaga no sólo sus necesidades económicas básicas, sino que llene también los otros aspectos positivos del trabajo, por ejemplo:

- **Salario:** El salario permite la adquisición de los bienes necesarios para la mantención y mejoramiento del bienestar individual y grupal; en las formas de trabajo no asalariado, el producto del trabajo puede servir directamente para satisfacer una necesidad o ser intercambiado por otros bienes.
- **Actividad física y mental:** Los seres humanos necesitamos mantenernos en un adecuado nivel de actividad física y mental, en forma integrada y armónica, para conservar nuestro nivel de salud; en ese sentido, cualquier trabajo es mejor para la salud que la falta de trabajo.

- **Contacto social:** Un adecuado bienestar social es imposible sin un contacto con otros, que a su vez tiene múltiples beneficios: cooperación frente a necesidades básicas, apoyo emocional, desarrollo afectivo, etc.
- **Desarrollo de una actividad con sentido:** El trabajo permite que las personas podamos “ser útiles” haciendo algo que estamos en condiciones de hacer y que sirve a una finalidad social; desde ese punto de vista, el trabajo permite desarrollar un sentido de “pertenencia” a la comunidad y sentirse satisfecho con sus resultados.
- **Producción de bienes y servicios necesarios para el bienestar de otros individuos y grupos:** Todos los trabajos producen algo para otros, por lo tanto, mejoran el bienestar de los demás.

Sin embargo, un ambiente laboral inadecuado también puede causar daño a la salud. Las condiciones sociales y materiales en que el trabajo se realiza pueden afectar el estado de bienestar de las personas en forma negativa. Los daños a la salud más evidentes y visibles son los accidentes de trabajo. De igual importancia son las enfermedades profesionales, aunque se sepa menos de ellas. Los daños a la salud por efecto del trabajo resultan de la combinación de diversos factores y mecanismos.

Así también la OMS ha propuesto el siguiente significado de salud mental:

“... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, Ginebra, 2004).

En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Es mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición, tienen valor por sí mismas. Ni la salud física ni la salud mental pueden existir solas. El funcionamiento de las áreas

mentales, físicas y sociales son interdependientes. La salud es un estado de balance incluyendo el propio ser, los otros y el ambiente. (OMS, Ginebra, 2004)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce que el lugar de trabajo debe ser un entorno prioritario para la promoción de la salud, en tanto que estar en un ambiente de trabajo saludable es un bien preciado y un factor de protección, lo que indudablemente contribuye a incrementar la productividad laboral (OPS - OMS, 2000).

NATURALEZA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. (Tobón, 2003).

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

De acuerdo a Uribe (1999) el autocuidado es "una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales"

Al circunscribir este concepto dentro del marco de la promoción de la salud, la autora enfatiza en señalar que la promoción del autocuidado constituye una

estrategia imprescindible para alcanzar el bienestar integral en la vida cotidiana, así como la consecución del desarrollo humano.

Según Ojeda (2006), si bien la incorporación de la práctica del autocuidado resulta indispensable para que todos/as preserven su salud integral en condiciones favorables y apropiadas, en el caso de los/las operadores/as va a significar además una manera en que podrán iniciar el proceso de recuperación, fortalecimiento, empoderamiento y de sanación personal.

Asimismo, señala que el autocuidado como práctica debe ser interiorizado por la persona desde la propia convicción de requerir darse a sí mismo/a cuidados adecuados y acordes a sus propias necesidades. Ello implica, entonces, un proceso previo y paulatino de toma de conciencia acerca de sus carencias, expectativas, vulnerabilidades y también sus fortalezas y recursos personales, cuya identificación y reconocimiento debe darse juiciosa y lo más objetivamente posible. Es a partir de este procedimiento que la persona podrá elaborar un planteamiento inicial de acciones/estrategias –individuales y/o colectivas- orientadas a su propio cuidado y, por lo tanto, a la recuperación de su bienestar general.

Para la promoción del autocuidado se deben tener en cuenta los siguientes principios:

- Es un proceso voluntario que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones.
- Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual, contando con el apoyo del sistema social y de salud.

ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL SAP

Es importante reconocer que la prevención en el ámbito laboral se refiere básicamente a la realización de actividades coordinadas con el propósito de informar, sensibilizar, consensuar y promover cambios en las percepciones y conductas relacionadas con el Síndrome de Agotamiento Profesional. Por ello es necesario desarrollar una metodología de participación activa y compromiso por parte de todos los involucrados.

Primero es necesario obtener información de las características que asume el SAP en la institución y buscar el apoyo e interés de los/as operadores/as. Luego, se sugiere un trabajo de equipo basado en ejercicios prácticos o reuniones grupales con el fin de establecer compromisos y objetivos de prevención. Y, por último, la puesta en marcha de lo acordado y su correspondiente evaluación. Estos pasos constituyen una secuencia lógica que debe concluir en un producto concreto y conocido por todos: una política escrita y un programa de actividades de prevención.

Con base en esta metodología se sugieren las siguientes 5 estrategias para desarrollar una estructura clara para la creación, implementación y evaluación de programas preventivos del SAP:

(1) Realización de una línea de base sobre el SAP y problemáticas relacionadas, en operadores/as de servicios que brindan atención a personas afectadas por violencia basada en género.

Numerosas son las investigaciones que se han encontrado sobre el síndrome de agotamiento profesional (burnout) y estrés llevadas a cabo en diferentes grupos de profesionales de la salud y de otros ámbitos; sin embargo, son escasos los estudios realizados en estos temas en operadores/as que brindan atención a personas afectas por violencia basada en género.

Por lo tanto, para diseñar e implementar un Programa Integral de prevención del SAP dirigido a operadores/as que atienden a personas afectadas por violencia de género y lograr resultados óptimos respecto al afronte de este problema, se debe partir del conocimiento de:

- El perfil epidemiológico de las afecciones sufridas por los y las operadoras –como el SAP- durante el desempeño de sus funciones;
- Los factores de riesgo que se desprenden de las condiciones laborales ofrecidas, de las funciones asignadas y del trabajo en contacto directo con temas de violencia (Aron & Llanos, 2004; Magasis (1999)
- Los factores de protección que aumentan la probabilidad de que la salud de los y las

operadoras se afecte lo menos posible durante el desempeño de sus funciones.

Para ello se recomienda realizar un estudio de línea de base que recoja esta información, por cuanto sus resultados darán luces para iniciar acciones acertadas en pos de la prevención, atención y mejoramiento de la salud de los/las operadores/as. En ese marco, se recomienda considerar prioritariamente el recojo de la siguiente información:

- Cómo y en qué grado el síndrome del agotamiento profesional está afectando la salud de los y las operadoras.
- Cómo y en qué grado la traumatización vicaria está afectando la salud de los y las operadoras.
- Cómo la movilización de las propias historias de violencia está afectando la salud de los y las operadoras.
- Factores de riesgo
- Factores de protección
- Identificación de las fuentes de tensión externa para los y las operadoras.
- Identificación de las fuentes de tensión interna para los y las operadoras.
- Cómo el síndrome de agotamiento profesional, la traumatización vicaria y la movilización de experiencias personales repercuten en la calidad de atención a víctimas de violencia basada en género.
- Explorar si los y las operadoras implementan prácticas de autocuidado por iniciativa personal y de ser así, identificar las modalidades utilizadas, frecuencia, horario, entre otros.

La inclusión de la movilización de las experiencias de violencia como repercusión de la labor que los y las operadoras realizan, responde a la elevada prevalencia que la violencia basada en género alcanza en nuestro país, por lo que es muy probable que muchos/as operadoras hayan sido víctimas directas o indirectas de eventos de violencia.

Respecto a las fuentes de tensión externa e interna se debe identificar aquellas situaciones/condiciones de la tarea de los/las operadoras que resultan estresantes, más allá del dolor del/la otro/a y las heridas personales,

por cuanto la dinámica de la atención a personas afectadas por VBG hace que enfrenten continua y cotidianamente estados de tensión elevados. Y es que en la práctica la labor realizada por el/la operador/a no se limita a cumplir con sus funciones referidas a la atención; el desempeño de sus responsabilidades implica, además: (Claramunt, 1999; Ley N° 29783 de seguridad y salud en el trabajo, 2011; Infante, et. al., 2006; MacDonald, 2004; Ojeda, 2005; Valero, 2001; Ojeda, 2011)

- Escuchar historias gráficas, pero a la vez crueles de violencia.
- Escuchar relatos dolorosos referidos a la violencia que lindan entre la vida y la muerte.
- Convertirse en testigos/as indirectos/as de tragedias y traumas ajenos.
- Ser testigos/as de victimización y revictimización, de estigma y discriminación.
- Guardar confidencialidad / silencio sobre cada caso atendido.
- Priorizar las necesidades de las personas atendidas y usualmente postergar las propias.
- Establecer una conexión emocional con las personas afectadas por violencia para lograr una relación empática durante la atención, lo cual implica también conectarse con la propia sensibilidad frente a lo que se escucha y se es testigo.
- Silenciar y/o bloquear la expresión de los propios sentimientos y emociones.
- Estar expuestos/as sistemática y cotidianamente a situaciones de violencia e inclusive a conductas discriminatorias, muchas veces extendidas a uno/a mismo/a.
- Sentir sobrecarga emocional, temores e inseguridad.
- Evocar y/o remover las propias experiencias referidas a violencia.
- Reconocerse vulnerable ante la violencia y temer que algo similar le ocurra a sí mismo/a y/o a sus familiares.
- Conservar y evocar imágenes dolorosas y crueles de gran impacto.
- Sentir impotencia por ser testigo/a de acontecimientos traumáticos que no se pueden detener y/o sentir culpa por creer que no está haciendo lo suficiente.

- Tener sobrecarga de trabajo que restringe el tiempo de atención atribuido a cada usuario/a.
- Brindar la atención en espacios poco apropiados.

Es dentro de esta dinámica de atención que los/las operadores/as enfrentan constantemente diversas situaciones que les originan estados elevados de tensión, cuyas fuentes se ubican en dos dimensiones: (Infante, et al., 2006; Ojeda, 2005; Valero, 2001; Ojeda, 2011; Aguilar, 2006)

- Tensiones de origen externo: se producen en situaciones externas al/la operador/a, como el escuchar continuamente historias de violencia, identificar inminentes situaciones de riesgo para las víctimas y ver cómo las mujeres continúan involucradas en relaciones de abuso; observar que en otros servicios revictimizan y estigmatizan a las víctimas y hasta entorpecen y/o retroceden el proceso a seguir; ver que no se concreta una atención adecuada por falta de recursos y/o razones ajenas a su voluntad, etc. También el observar el retraso intencionado de las citas y atestiguar conductas discriminatorias verbales y no verbales, que muchas veces se hacen extensivas hacia los/las propios/as operadores/as. Además cuenta la sobrecarga de trabajo (largas jornadas), las condiciones materiales en que éste se desarrolla (espacio físico inapropiado, bajos salarios, recursos e instrumentos inexistentes o poco apropiados para el desempeño laboral, exigencias laborales más allá de lo posible, etc.), la poca oportunidad que tienen muchas personas en torno a la toma de decisiones en lo que compete al desempeño laboral, políticas institucionales que obstaculizan el trabajo o no lo favorecen de manera apropiada.
- Tensiones de origen interno: provienen del mundo interno del/la operador/a y suelen darse cuando confrontan sus actitudes, pensamientos, valores y creencias relacionados a la violencia, a partir de la continua escucha de historias referidas al abuso; cuando se reconocen vulnerables ante la violencia y temen que algo parecido a lo escuchado les suceda, es decir,

sienten que están más expuestos/as. Al ser movilizada su propia historia de violencia; al reconocerse afectado/a por situaciones de violencia, y sentir la necesidad de buscar ayuda; cuando advierten impotencia, frustración, desesperanza y/o culpa por sentir que no están haciendo lo suficiente durante la atención que brindan; al reconocerse victimarios/as entre otros.

Si estas condiciones se producen continuamente, pueden ocasionar serias repercusiones en su salud, indistintamente si experimentan/ron o no, episodios referidos a violencia (Ojeda, 2011). Si bien una gran parte de estos dispositivos o estímulos se hallan vinculados al dolor del/la otro/a, se observa que existen otros factores cuya identificación resulta imprescindible por cuanto permitirá conocer la condición de vulnerabilidad en que se hallan los/las operadores/as. Por ello se recomienda realizar esta identificación a través de la línea de base dado que permitirá establecer si dichas situaciones pueden o no ser modificadas. Es importante reconocer y asumir que los efectos negativos de estos dispositivos en los y las operadoras es responsabilidad directa de la institución para la cual laboran.

(2) Sensibilización y creación de Compromisos

Para lograr confianza en la intervención, es fundamental sensibilizar a todos los involucrados. La sensibilización trata de generar una actitud favorable y de cooperación respecto al plan de prevención en todas sus etapas y lograr que los integrantes de la institución se comprometan para llevar a cabo todos los requerimientos de la intervención.

El objetivo de aumentar el grado de sensibilización es motivar a los involucrados en relación con los beneficios de abordar la prevención del SAP en su lugar de trabajo, mostrándoles datos de investigaciones científicas sobre las características causas y consecuencias del SAP a nivel personal, familiar y organizacional.

(3) Aplicación de acciones preventivas de acuerdo al nivel del SAP

Es necesario asegurar los recursos con los que se cuenta para realizar la intervención (espacio físico,

tiempo, recursos económicos, profesionales de salud involucrados, disponibilidad de otros profesionales que ahí laboran, etc.) y adaptarse a ellos para utilizarlos de manera óptima.

También es necesario mantener en todo momento un enfoque preventivo, ya que una intervención orientada a que el SAP sea considerado como una situación de riesgo para la salud de los/as operadores/as y para el adecuado servicio a de atención a los/as afectados por VBG, requiere de un abordaje que integre el tema en su política preventiva de la salud en general, quedando por completo desligado de cualquier práctica coercitiva.

Se propone un planteamiento positivo de mejora de las condiciones de vida y no meramente correctivo; se busca reducir los problemas relacionados con el SAP y no eliminar de la institución a las personas que los padecen. Por ello se debe plantear una estrategia basada en la prevención continua, identificando cómo pueden abordarse las diferentes poblaciones y grupos de riesgo específicos dentro de la institución y cuáles son los alcances que se tendrían con la estrategia a utilizar.

Puede beneficiar mucho la auto reflexión respecto al SAP, propiciando la identificación de los niveles de riesgo y facilitando que el/la operador/a ubique en qué nivel se encuentra y en todo momento promocionar y sugerir hábitos de vida más saludables.

(4) Evaluación y seguimiento

La evaluación del programa integral de prevención es un proceso permanente de valoración que se inicia con la aplicación de las acciones preventivas; se realiza a lo largo del proceso y al finalizar su ejecución. La evaluación garantiza que las estrategias y valores que se promueven con la intervención se mantengan vivos en la institución, de manera eficiente y eficaz. Por ello es importante que todos los programas de prevención del SAP en los ambientes laborales, al ser evaluados tomen en cuenta el diseño de un sistema de evaluación y seguimiento, sencillo pero eficiente.

(5) Presentación de informes de resultados

La presentación de informes sobre los resultados alcanzados con la intervención, así como las

recomendaciones al interior de la institución, es uno de los elementos más importantes de la intervención, ya que de esta manera se habrán asegurado los principios de compromiso, confianza y participación que se generaron al inicio de la intervención.

Finalmente, la difusión de los alcances de la intervención en diversos foros y encuentros de experiencias exitosas, tanto a nivel nacional como internacional, será muy importante para seguir fortaleciendo y hacer extensiva la adopción de estrategias preventivas del SAP en el ámbito laboral de nuestro país.

Por lo expuesto queda señalado la importancia de prevenir el síndrome de agotamiento profesional y promover el autocuidado en los operadores/as de servicios que atienden a personas afectadas por la VBG, a fin de que cuenten con estrategias de afrontamiento del SAP.

REFERENCIAS

- Aguilar, R. (2006) *Manual de autocuidado dirigido a los equipos de primera respuesta*. SNF/OPS. San Salvador.
- 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*, año 20-nº 1-2, 5-15.
- Arón, A. M. y Llanos (2004) Cuidad a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, Nº 1-2, 5-15.
- Arredondo, V. (2007) *¿Auto?cuidado en equipos psicosociales: el lugar de lo colectivo*. *Violencia Sexual Infantil: Debates, Reflexiones y Prácticas Críticas*. ONG Paicabí – SENAME. Valparaíso.
- Bayés, Ramón. (1998) *Cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador*. 4to. Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio.
- Cazabat, Eduardo H. y Costa, Edgardo. (2000) *Stress: la sal de la vida? Avances en Medicina Ambulatoria*. Cámara, M. et al. (Editores). Sociedad Argentina de Medicina.
- Claramunt, María Cecilia. (1999) *Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS. San José de Costa Rica.
- Claramunt, Ma. C. (1999) *Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar*. OPS. San José, Costa Rica. Recuperado de: http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia_guia_autocuidado.doc
- Dughi, Pilar. (2003) *El autocuidado, nociones básicas y factores de riesgo*. Unidad de Salud Mental. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.
- Flórez Lozano, José (2003) Salud mental del médico: prevención y control del Burnout. *Salud Mental*. Año III, Número 2. Salud global. Madrid, España.
- Gil-Monte, P. (2001) *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Boletín electrónico de Psicología.com.
- Infante C., Zarco A., Magali-Cuadra S., Morrison K., Caballero M., Bronfman M., Magis C. (2006) El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública Mex*; 48:141-150.
- Ley Nº 29783, *Ley de seguridad y salud en el trabajo*, promulgada el 19 de agosto de 2011 y publicada en el Diario El Peruano el 20 de agosto de 2011.
- MacDonald, J. (2004) *Salud mental y violencia intrafamiliar. Ruptura con el paradigma tradicional de salud mental y propuesta de autocuidado para las personas que atienden situaciones de violencia intrafamiliar*. Ministerio de Salud de Costa Rica – Organización Panamericana de la Salud – Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. San José, Costa Rica.

- Magasis, D. (1999) *Autocuidado del equipo de salud que atiende a personas afectadas por violencia intrafamiliar*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1982) *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Manual Research edition. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologist Press.
- Ojeda, T. (2005) *Las experiencias personales en la capacitación a distancia sobre atención a la violencia doméstica y sexual*. Organización Panamericana de la Salud - Unidad Género, Etnia y Salud. (mimeo).
- Ojeda, T. (2006) El autocuidado de los/las profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 52, N° 1. 21-27.
- Ojeda, T. (2011) *El autocuidado y su importancia en la integración de programas de VIH y violencia contra la mujer*. Development Connections (DVCN). Washington D.C.
- OMS (2010) *Entornos Laborales Saludables - Fundamentos y Modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo*.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización mundial de la Salud. (2000) *Relatoría. Taller Estrategia de Promoción de la Salud de los trabajadores en América Latina y el Caribe*.
- Oyague, M., Montani, R. y Quintana G. (2002) Síndrome de agotamiento profesional: una mirada desde las mujeres. CEDAP. *Al fin de la batalla, Fascículo 2. Socialización de género y sexualidad*, Lima: Fondo editorial Sidea.
- Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral. Oficina Internacional del trabajo*. Recuperado de <http://www.oitchile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf>
- Santana, A; Farkas, Ch. (2004) Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *Revista Psykhe* [online], vol. 16, no. 1, pp. 77-89. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282007000100007- &script=sci_arttext
- Uribe, T. (1999) El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Vol. XVII, No. 2
- Valero, S. (2001) *Manual para el cuidado de la salud mental de los Equipos de Primera Respuesta. Ayudando a ayudar*. Recuperado de: <http://www.desastres.org/libros/primera.htm#>

Fecha de recepción: 21 de noviembre 2018

Fecha de aceptación: 28 de noviembre 2018