

Cuidados con el equipo cuidador

Cuidados com a equipe de atendimento

Care with the caretaker team

Oriol Ginés*

Eduardo Carvalho Barbosa**

Resumen

La violencia representa en nuestra sociedad, a la vez, un tabú y un grave problema social que exige respuestas complejas. Ambas características hacen del trabajo ante la violencia una tarea desafiante, que pone al límite nuestras instituciones y equipos profesionales. Esto debe hacernos reflexionar para poder desarrollar antidotos que permitan reducir y prevenir los daños y los efectos tóxicos que el veneno de la violencia inocular en los equipos profesionales que la atienden. Este artículo recoge algunos conceptos teóricos básicos sobre los estudios del autocuidado con equipos cuidadores que se relacionan diariamente con el sufrimiento humano, en diálogo con la experiencia de los autores en el ámbito de la violencia. Más adelante, se propone una reflexión sobre el trabajo del equipo en el caso de Raul, y por último, algunas consideraciones acerca de la implementación de las estrategias de autocuidado en equipos profesionales.

Descriptores: autocuidado; cuidadores; violencia.

Resumo

A violência representa na nossa sociedade, ao mesmo tempo, um tabu e um grave problema social que exige respostas complexas. Essas duas caracte-

* Oriol Ginés es psicólogo, especialista en violencia de género y familiar. Ha trabajado en el *Servicio de atención a hombres que maltratan* y en el de *atención a niños y niñas que han sufrido violencia*, del Ayuntamiento de Barcelona. Ha formado profesionales de ámbitos como la salud, la justicia, los servicios sociales y la educación sobre la prevención, detección e intervención en violencia. Actualmente forma parte de la asociación CONEXUS.

** Eduardo Carvalho Barbosa es psicólogo y terapeuta familiar. Trabaja en el *Servicio de atención a niños y niñas que han sufrido violencia en el ámbito familiar del Ayuntamiento de Barcelona*, gestionado por la Fundación Instituto de Reinserción Social (IReS).

rísticas fazem do trabalho em face da violência uma tarefa desafiadora que põe à prova ao máximo nossas instituições e equipes profissionais. Isso deve nos fazer refletir a fim de podermos desenvolver antídotos que permitam reduzir e prevenir os danos e os efeitos tóxicos que o veneno da violência inocula nas equipes profissionais que a atendem. Este artigo reúne alguns conceitos teóricos básicos sobre os estudos do autocuidado com equipes de cuidadores que se relacionam diariamente com o sofrimento humano, em diálogo com a experiência dos autores no âmbito da violência. Mais adiante, propõe-se uma reflexão sobre o trabalho da equipe no caso de Raul e, por último, algumas considerações acerca da implementação das estratégias de autocuidado em equipes profissionais.

Descritores: autocuidado; cuidadores; violência.

Abstract

Violence is in our society at the same time a taboo and a serious social problem, which requires complex answers. Both aspects make working with violence a challenging task that puts our institutions and professional teams to the limit. This should make us reflect in order to develop antidotes that enable us to reduce and prevent the damage and toxic effects that violence's venom inoculate in the professional teams. This article contains some basic theoretical concepts of studies about self-care in professional teams that relate daily with human suffering, in dialogue with the authors' experience in the violence field. Finally, it brings some observations on the team's work with Raul's case, and some considerations about the implementation of self-care strategies in professional teams.

Keywords: self-care; caregivers; violence.

Al afrontar el caso clínico que se nos presenta en este número se hacen evidentes las diversas formas de impacto emocional que este tiene, incluso para aquellos que simplemente se adentran en su lectura. Esto es así, porque, aunque la mayoría de profesionales de la salud, y especialmente de la salud mental, están más que prevenidos y experimentados ante situaciones de sufrimiento humano, la posibilidad de aparición de elementos traumáticos en las demandas de los usuarios y sus familiares es siempre infinita.

¿Y por qué este caso parece ser más traumático para los equipos de atención que lo enfrentaron y qué elementos lo hacen más traumático que otros para la especial profundización a través de este número?; ¿pueden los equipos de profesionales altamente formados y experimentados sufrir daños al exponerse a demandas como estas?; ¿pueden y deben los profesionales, los equipos y las instituciones cuidarse de los daños que se pudieran producir en el proceso de atención y ayuda?

Nuestro interés en este artículo es desarrollar las respuestas a esas tres preguntas mediante el análisis del caso presentado de manera que los lectores puedan comprender algunas posibilidades de cómo prevenir los daños ante la violencia y mejorar el cuidado en su práctica diaria con este tipo de casos. Empezaremos haciendo un pequeño recorrido teórico sobre algunos conceptos, luego haremos una reflexión sobre el equipo del caso de Raul y, por último, algunas consideraciones acerca de la implementación del autocuidado.

Traumatización de los profesionales ante el caso

Cuando se relatan los hechos por los que Raul fue atendido, estos nos producen una sensación de extrañeza y desasosiego intensos. A primera vista, este es un caso habitual de violencia dentro del núcleo familiar, el típico caso que periódicos y televisiones nos tienen, por desgracia, acostumbrados a explicar. Además, los profesionales de la salud mental enfrentan habitualmente pacientes con grados más o menos importantes de conductas violentas y agresivas, tanto hacia sí mismos como hacia sus familias. ¿Por qué, entonces, este caso nos produce tales reacciones emocionales? Porque, por su capacidad traumática, se trata de:

- ♦ un acontecimiento *extraordinario*, por cuanto la violencia de adolescentes hacia sus madres es menos común y esperado (aunque en aumento) para los servicios de salud mental, y también por la forma en que se desarrolló, a la que normalmente no tenemos acceso;
- ♦ un acontecimiento *carente de sentido*, ya que *a priori* uno no sabe las motivaciones, relaciones y antecedentes de los hechos, lo que dificulta asignarle un significado válido y coherente a la historia, aunque *a priori* no nos encaje que un hijo quiera matar a su madre y a su hermano pequeño; y
- ♦ un acontecimiento donde se relatan *emociones negativas intensas* y de sufrimiento humano extremo, incluso cercano a la muerte de varias personas.

Estos tres elementos podemos entenderlos como los factores esenciales del potencial traumático de un evento, de manera que los tres forman una tríada dañina sobre todos aquellos que viven dicho acontecimiento, ya sea de manera directa o indirecta. ¿Cómo puede ser entonces que aquellos que no vivieron tales hechos y que sólo los escucharon y/o que trataron a los participantes, o incluso aquellos que sólo han leído esta historia, puedan verse afectados y por tanto traumatizados por su contenido?

Con respecto a esa cuestión hay diversas teorías que desde los años setenta han ido explicando la posibilidad de la traumatización indirecta de

aquellos profesionales que escuchan y tratan dichas vivencias. Esas teorías han desarrollado los siguientes conceptos:

- ♦ el concepto de *traumatización vicaria*¹, que se refiere a “significativas interrupciones en los propios sistemas de significado, la identidad y la visión del mundo” a partir de la relación empática con personas que han sufrido experiencias traumáticas. Esta traumatización puede afectar al propio sentido de sí mismo y de los otros, a las relaciones interpersonales, la tolerancia afectiva y las necesidades psicológicas del que experimenta ese tipo de relación;
- ♦ el concepto de *estrés traumático secundario*², que se refiere a “las consecuencias en el comportamiento y las emociones como resultado del conocimiento de eventos traumáticos experimentados por alguien significativo”. El estrés puede ser producido, pues, por la ayuda o la intención de ayudar a personas traumatizadas. Su efecto se asemeja mucho al del estrés postraumático en víctimas, pues el individuo acometido por él presenta hipervigilancia, inquietud, imágenes intrusivas, etc.;
- ♦ el concepto de *fatiga por empatía*³, que desarrolla una visión más centrada en las dinámicas de ayuda profesional desde una perspectiva terminológica más amable, según la cual dicha fatiga puede producir efectos negativos como “revivencias, conductas evitativas y estados de hiperactivación”;
- ♦ el concepto de *quemado profesional o “burnout”*⁴, que se formuló hace ya unas décadas y que puede desarrollarse en profesiones de cuidado, aunque no de forma puntual como las modalidades traumáticas anteriores, sino de forma acumulativa a lo largo de la historia laboral. Cuando los hechos tratados son traumáticos, por los procesos descritos, el agotamiento profesional es mayor y más rápido, derivando en síntomas psicológicos de excesivo cansancio, vacío, desmotivación y desconcentración; síntomas físicos como dolores musculares y alteraciones gastrointestinales, cefaleas e insomnio; y síntomas conductuales como absentismo, conductas adictivas o distanciamiento.

Traumatización ante casos de violencia

Aunque todos los anteriores son conceptos referidos a los mismos procesos de traumatización, las diferentes teorías que los sustentan, y que han tenido un largo recorrido de investigación en los últimos años, han señalado también aspectos clave que deben tenerse en cuenta ante casos como el que tratamos en este artículo, por su alto contenido agresivo y violento.

En virtud de lo expuesto se ha desarrollado especialmente el concepto de *contaminación temática*⁵, que se refiere sobre todo al trabajo con temas de alto impacto emocional como son el daño y la violencia en todas sus formas. Desde esa perspectiva, se entiende el concepto de contaminación estableciéndose un símil con las situaciones laborales relacionadas con sustancias tóxicas (energía nuclear, desechos químicos, etc.), en las que la violencia y el maltrato serían elementos tóxicos que van dañando progresiva o agudamente a los y a las profesionales de los equipos.

En el ámbito de la violencia familiar, en el que se sitúa el caso de Raul, se dan ciertas peculiaridades que ponen en riesgo a los y las profesionales con relación al desempeño de sus funciones de ayuda y también con respecto a su bienestar y salud. En este tipo de casos podríamos resumir varios aspectos que deben tenerse en cuenta y que se suman a la traumatización de los cuidadores en general, a saber:

- ♦ la violencia es un fenómeno **tabú** en nuestra sociedad y es normalmente escondida, negada o justificada, tanto por los que participan en ella, como por los espectadores. En ese sentido, escuchar historias de violencia, y más de violencia familiar, implica develar un secreto, lo que no se puede saber o explicar, que desencadena el terror ante las consecuencias que pueden producirse tanto para las víctimas, como para el victimario, incluyendo también, a veces, al propio profesional;
- ♦ en los casos de violencia, los procesos de traumatización vicaria, estrés secundario o agotamiento por empatía, pueden aparecer ante un único caso o sesión, ya que el contenido de alto impacto emocional de la violencia y el daño sufrido, sumado al terror y al miedo que estos generan, es un elemento altamente traumático para los y las profesionales;
- ♦ ante los casos de violencia, no sólo es dañino el impacto emocional de la historia y del sufrimiento de los implicados, sino que además se nos exige hacer algo ante tal situación: hay que cumplir con un “mandato de ayuda”, hay que prevenir nuevas agresiones, proteger a la víctima, hacer cambiar al agresor o denunciarlo a la policía, etc.;
- ♦ además, las historias de violencia, al ser tabú y estar silenciadas, han podido ser vivenciadas con anterioridad por los y las profesionales, ya sea en calidad de víctimas o victimarios, sin que haya mediado un proceso personal o terapéutico de ayuda, lo que aumenta las posibilidades de retraumatizarse cuando se atiende este tipo de casos. Sabemos, y no es novedad, que es común que muchos profesionales busquen en su profesión entender, com-

pensar o incluso sanar sus propias historias que hayan podido ser traumáticas en el pasado.

Por tanto, el abordaje de casos de violencia desde instituciones no especializadas, como las de servicios sociales o salud mental, como es el caso de la nuestra, puede generar unos daños mayores que cualesquiera otras temáticas con las que ya están familiarizadas.

También es verdad que la atención en casos de violencia, y en especial de violencia en el seno de la familia, genera sentimientos de rechazo y peligro, lo que puede desembocar en una mala praxis profesional. Aunque más adelante comentaremos tales situaciones en los equipos de trabajo, sí es remarcable que muchas veces aquellos que no están especializados pueden realizar intervenciones evasivas y demasiado rápidas, diagnósticos y pronósticos apresurados o derivaciones inadecuadas.

Traumatización de equipos

Otro de los conceptos que se han ido desarrollando en los últimos años y que está vinculado a la traumatización y desgaste profesional en casos de violencia es el de la *traumatización de equipos*⁶. Este concepto hace referencia al “efecto de reproducir en el grupo de trabajo las dinámicas del circuito de violencia”. Es decir, se reproduce en el interior del equipo profesional la identificación como víctimas y como victimarios de varios miembros, se forman bandos, triangulaciones y coaliciones.

En el caso que nos ocupa, en varias partes del relato sobre la intervención del equipo, se hace referencia a dichos procesos; por ejemplo, desacuerdos internos en el diagnóstico y el pronóstico, en la coordinación con otros servicios y en la valoración posterior de los recursos asignados al caso. Uno de los efectos de la traumatización de los equipos, como ya señalábamos para los profesionales, se da justamente en esas áreas, pudiendo los usuarios o pacientes del servicio verse perjudicados por los conflictos internos no resueltos suscitados por este tipo de casos.

Además, es importante tener en cuenta el contexto institucional y de políticas públicas en que se ubican las intervenciones. Normalmente, las distintas instituciones están demasiado aisladas y cerradas, parten de sistemas muy jerarquizados y no se adecúan a una buena coordinación y, por lo tanto, eso repercute en el servicio ofrecido a los usuarios, que empeora, y redundando en una sensación de ineficacia y desmotivación de los equipos profesionales.

Por otro lado, cuando la institución que interviene en el caso cuenta con escasez de recursos materiales o técnicos y, por eso, se hace necesaria una derivación o peticiones de pruebas diagnósticas a otros servicios, el desarrollo de la tarea se obstaculiza. Esto se acrecienta cuando las diferentes instituciones velan más por sus propios recursos que por la posibilidad de

hacer una mejor intervención, lo que deja a los profesionales asignados en una posición de indefensión, frustración, sentimientos de incompetencia y poco apoyo social, que puede redundar en más desgaste.

En los casos de violencia, específicamente, el control social que prima institucionalmente y políticamente se contrapone habitualmente a la labor profesional de ayuda y a la implicación emocional con los usuarios. A esto se suma la condición delictiva de los abusos y las agresiones, que implica para el profesional una obligación legal a la vez que una contradicción moral, ya que, muchas veces, el propio agresor es el usuario a quien se le está prestando la ayuda, como en el caso de Raul. O, entonces, las víctimas – en este caso, la familia de Raul – no se sienten seguras a tenor de las consecuencias que pueda tener cualquier revelación en el seno de la intervención terapéutica. Esta labor “policial” de los equipos profesionales genera miedo y tensión tanto para cada profesional individualmente, como para el conjunto del equipo, ya que habitualmente los roles ejercidos por cada cual respecto a víctimas o victimarios producen un efecto de identificación y de conflictos de lealtades, altamente destructivos en las relaciones laborales.

Riesgos de equipo: el caso de Raul

En primer lugar cabe apuntar un último concepto que aglutina de forma grupal todos los posibles efectos insalubres y tóxicos del trabajo de ayuda con personas traumatizadas y en especial en casos de violencia y que se ha denominado *riesgos de equipo*⁷. Estos serían “aquellos elementos de la dinámica grupal que ponen en riesgo al equipo en el desarrollo de su tarea constituyente”.

Ya que los equipos de ayuda trabajan con una tarea común, cuando surgen ansiedades e impactos emocionales a partir de su labor, se pueden generar dinámicas disfuncionales y perjudiciales para los y las profesionales que allí trabajan.

Tomando como base esos conceptos, si pensamos en el caso de Raul con toda su capacidad traumática, entendemos que ninguna persona o equipo profesional podría salir intacto ante el simple hecho de tomar conocimiento de tales eventos. Esto es así aun cuando los equipos están capacitados y tienen experiencia en el tema. Por tanto, se puede imaginar lo difícil que sería para un equipo no especializado en violencia el hecho de recibir este caso y empezar a desarrollar un proceso terapéutico.

A partir de los conceptos planteados anteriormente, podemos analizar la situación concreta del caso que se nos presenta a la luz de los factores más desgastantes para el equipo profesional del Servicio de Psiquiatría de Infancia y Adolescencia del Hospital Universitario de Porto Alegre, que fue el que asumió el peso de la intervención y el que planteó la necesidad de revisarla a raíz del impacto negativo que tuvo en el equipo.

Como ya hemos mencionado al inicio de este artículo sobre los casos de violencia, se identifican diferentes elementos tabú o secretos en el desarrollo del caso. Por ejemplo, en primer lugar, debido a la estrategia de atención de urgencias a las que fueron conducidos Raul y su madre en diferentes hospitales, no sabemos qué relataron cada uno sobre los hechos. Un segundo factor que incidió sobre la intervención fue la omisión de la verdad frente a la policía y la limpieza del lugar de los hechos por los familiares del agresor. Y, en tercer lugar, cabe tener en cuenta el temor de los padres, en esos momentos, a una evaluación y tratamiento inadecuados o al ingreso de Raul a una institución penitenciaria. Además, las explicaciones sobre si Raul era o no era un “buen alumno” difieren entre el relato de él y el de sus padres, lo que genera cierta controversia.

Esas contradicciones y dilemas éticos son habituales en los equipos que atienden a personas en situaciones de violencia y, en especial, de violencia intrafamiliar, pues las historias que cuentan los protagonistas son difusas y poco claras y tienden a generar suspicacias y desconfianzas hacia ellos.

Aquí podríamos recordar que en la primera internación psiquiátrica particular que recibió Raul se hizo una solicitud de transferencia para nuevas evaluaciones, dejando claro que ya había cierta dificultad en hacer frente al caso. También se planteó, en su nueva internación, por parte de algunos colegas del equipo, el cuestionamiento de si Raul sería capaz de aprovechar el tratamiento. Aquí también nos preguntamos ¿sería el servicio capaz de ayudarlo, de cumplir el mandato? Es muy probable que detrás de estas actitudes, que son muchas veces simplemente opiniones, estuvieran los miedos, aprensiones e inseguridades que limitan las posibilidades de intervención en casos de violencia.

Así, se nos presenta la internación de Raul en una clínica privada, donde permaneció la mayoría del tiempo sedado, lo que constituyó más un obstáculo para el servicio que seguiría trabajando el caso después que una acertada praxis. Además, se apuntó a la imposibilidad de trabajar en forma coordinada y de recibir consultoría sobre el caso, lo que demuestra la importancia del contexto laboral e institucional en el desgaste profesional, incluso como se señala en otras investigaciones, más la de los factores individuales o de personalidad⁸

Esa característica de los contextos institucionales de ayuda se nos hizo observable tanto en momentos de decisión sobre las derivaciones y las altas en el proceso del caso, como cuando parte del equipo creía que Raul estaba disponiendo de demasiados recursos que podrían ser utilizados por otros pacientes. Sospechamos que en esas situaciones estuvieron presentes frustraciones, indefensiones, sentimientos de incompetencia, rabia, etc. Es verdad que ambas posiciones – recursos limitados *versus* disponibilidad de ayuda – son fundamentales y deben ser consideradas por los equipos, pero cuando se trata de casos tan extremos, es necesario tener en cuenta lo

que significará para aquellos que componen el frente de intervención profesional, entendiendo que, de esa forma, podrán realizar una intervención más eficaz y eficiente.

Según se nos relata, el equipo había terminado su investigación diagnóstica concluyendo que Raul debería ser internado en otra institución. Se planteaba la preocupación en cuanto a la conveniencia de la manutención del tratamiento en un centro cerrado y a largo plazo, pero los profesionales tampoco eran favorables a la derivación a la FASE. Entonces, se consiguió la derivación a otro centro por tiempo indeterminado hasta que Raul estuviera apto para volver a su hogar. Tras un mes, Raul estaba en casa y su familia, viendo sus limitaciones y el miedo a que se repitieran situaciones violentas, volvió al hospital universitario a solicitar ayuda al mismo equipo que, de alguna manera, la había acompañado durante todo el proceso.

Nos preguntamos, ¿qué sintió ese equipo cuando el caso volvió a tocar el timbre? Lo que ocurrió – se sabe por el relato del caso – fue que el equipo volvió a dividirse en bandos de opiniones diferentes y, quizás, opuestas. No lo sabemos, pero, ¿se trataría de víctimas y victimarios dentro del propio equipo?; ¿con qué tipo de relaciones y fuerzas decidió el equipo volver a reiniciar el tratamiento?; ¿hubo identificaciones y conflictos de lealtades con víctimas y victimarios del caso? Como se señalaba al comienzo del artículo, la traumatización del equipo parece clara en este punto y los riesgos futuros para él ya se vislumbran, si no se aplican medidas acertadas. De ser así, los equipos, especializados o no en violencia, teniendo conciencia de ese grado elevado de toxicidad, necesitarán implementar en sus rutinas estrategias de autocuidado y/o algún proceso que cuente con espacios de descontaminación y descompresión, como veremos más adelante. De lo contrario, se comprometerá la salud del trabajador y la calidad de la atención deseada, además de poderse llegar a destruir el equipo o parte de él.

En ese sentido, se nos presenta el alto grado de cambios entre los profesionales internos del hospital como un elemento que amplía las dificultades a la hora de abordar el caso. Tal rotación en equipos traumatizados por la tarea que ocupan o por las dinámicas disfuncionales que esta genera es habitual en aquellos que abordan la violencia, ya sea esta de tipo familiar o violencia social. Por tanto, aunque se pueda normalizar la rotación por el funcionamiento habitual de una institución, no podemos dejar de apuntar al cambio constante de personal y renuncias profesionales como un síntoma de la propia traumatización y de los riesgos del equipo ante la violencia, redundando en una peor atención, dilación en la intervención o sobrecarga en los profesionales que permanecen.

Desde el punto de vista legal, se dio en algunos momentos una indefinición sobre la derivación del caso: fue necesario, incluso, hacer presión a la Fiscalía por la insuficiencia generada en virtud de esta no tener un posicionamiento claro. Por otro lado, la intervención legal no siempre ayuda

al desarrollo de las prácticas terapéuticas, o puede presentarse como un obstáculo, generando desconfianza y deterioro del vínculo con los usuarios o sus familias, como ya habíamos mencionado al principio. En el caso de Marta, la madre de Raul, eso se puso de manifiesto en la declaración que hizo ante los juzgados cuando se la compara con lo que terapeutas y médicos saben realmente sobre la situación ocurrida. Por tanto, hay tres actores en el caso (pacientes y familiares, equipo profesional y justicia) que tienen información y posicionamientos no coincidentes e incluso contrarios en sus intereses.

En el relato del caso, también nos llama la atención como el intento de matricidio, en algunos momentos, parece estar justificado, simplemente, por el traumatismo craneoencefálico de Raul, como si fuera el único factor causante de la violencia independientemente del contexto cultural y familiar en el que se desarrolló la historia. Creemos que el fenómeno complejo de la violencia debe ser siempre analizado y tratado como tal, comprendido en todas sus dimensiones, lo que supone intervenciones interdisciplinarias y coordinadas desde el diagnóstico inicial hasta el alta. De lo contrario – y esto suele ser habitual en equipos no especializados en violencia –, se pondrá en juego la posibilidad de tratarla, de cortar su ciclo, reduciendo el rango de respuestas de ayuda que puede recibir cada caso.

Eso implica, además, que el caso pueda ser pasado de institución en institución según su especialidad, sin que se llegue a una visión abierta del fenómeno violento. Esta protección ante el reduccionismo en los casos de violencia requiere una formación constante y específica para el conjunto del equipo profesional, si se quieren evitar posibles enfrentamientos teóricos y metodológicos respecto a la intervención adecuada.

En el caso de la familia de Raul, simplemente a partir del relato al que tenemos acceso, se puede inferir que el daño para el profesional se presenta del inicio al fin. En algunos momentos se podría incluso decir que ese es un imperativo ante el cual no hay otra posibilidad más que dañarse o ser dañado.

Entonces, contextualizar desde donde se concibe la violencia para tratarla ya es un hecho que nos ayuda a cuidar del equipo. Dicha contextualización implica evaluar aspectos como los concernientes a si estamos en un centro privado o público, si tenemos un equipo interdisciplinario o no, si ese equipo efectivamente tiene cohesión en la praxis, si se trabaja en red o aisladamente, etc. Tener presente dónde nos ubicamos significa tener conciencia de cuáles recursos disponemos y de cuáles no y de qué manera los profesionales enfrentarán las diversas circunstancias desde sus propias historias personales y planteamientos epistemológicos.

Por tanto, trabajar con casos de violencia debería ser para la o el profesional una decisión consciente de las consecuencias que tiene ese tipo de trabajo. La cuestión fundamental con relación al cuidado del equipo al tratar la violencia va más allá de si hay daño o no o del tipo de daño de que se trate.

Podríamos plantear dicha cuestión de esta forma: ¿qué hago yo con lo que me afecta del daño que el otro recibió o generó?; ¿cómo me relaciono con lo que también a mí me daña?; ¿qué supone este daño para ayudar al otro?

En este punto suponemos que la experiencia de la persona que escuchó a Raul, por ejemplo, en su fase de acogida y tratamiento debe de haber sido muy dura y eso nos despierta la curiosidad por conocer qué estrategias de autocuidado estuvieron presentes en este momento y cuáles de ellas habrán sido eficaces (o podrían haberlo sido) para minimizar el impacto emocional del caso en el equipo profesional.

Estrategias de autocuidado para equipos cuidadores: conceptualización teórica

En general, el término *autocuidado*⁹ se define como “aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario.”.

Así, en el ámbito de la ayuda profesional y más aún en el ámbito de la violencia las medidas deben ir orientadas a promover el bienestar de las personas que trabajan con personas que sufren y minimizar el impacto que ellas puedan recibir y que afecta a la eficacia de las intervenciones. El reconocimiento de los riesgos que suscita el trabajo con el sufrimiento y la violencia es el primer paso para abordar estrategias de implementación que amortigüen tales efectos.

Por tanto, el autocuidado fomenta en los profesionales de ayuda, que normalmente están orientados hacia las necesidades de los otros, una nueva mirada hacia uno mismo y hacia su equipo de trabajo.

Para la implementación de las medidas de autocuidado existen diversos modelos ya establecidos:

- ♦ *modelo de afrontamiento mediante apoyo social*: se basa en la amplificación de las redes sociales del profesional, tanto personales como laborales, para mantener la posibilidad de ser amado, escuchado, recibir ayuda o información para la solución de problemas. Para tal modelo, son importantes la coordinación en el equipo para revisar el trabajo diario, los descansos en el trabajo, así como el distanciamiento emocional fuera de él, y la capacitación continuada;
- ♦ *modelo múltiple de Morales y Lira*: se centra en varios aspectos del autocuidado e incluye una aproximación ecológica. El modelo se centra en: a) una *reivindicación institucional*, que reclama las mejoras en infraestructura física, condiciones laborales y planificación institucional; b) una *identidad social*, que se centra en el rol de los profesionales, en sus diferencias profesionales y en su

experiencia; c) un *impacto emocional* referido a los aspectos transferenciales y contratransferenciales y a las emociones de los terapeutas, la relación con los pacientes y la traumatización secundaria; y d) *sociabilidad*, que indica la necesidad de establecer espacios y ritos de esparcimiento, de pertenencia grupal y actividades lúdicas y recreativas de los equipos;

- ♦ *modelo organizativo de programa de autocuidado (Barudy)*: se basa en dos recursos importantes; por un lado, el altruismo social, que resalta el esfuerzo de todos los actores implicados, como familiares y la sociedad en su conjunto. Y, por el otro, la organización profesional en redes. Se destaca aquí la necesidad de una buena coherencia interna ante la demanda, la flexibilidad ante los diversos casos de violencia y la capacidad de asociarse para generar discursos, sentido de pertenencia y sentimiento de equipo.

Estrategias de autocuidado para equipos cuidadores: aspectos prácticos

Cuando se habla de autocuidado y cuidado en equipos de violencia, se da por sentado el alto riesgo de daño que tiene el trabajo con violencia. Las estrategias de autocuidado sirven para amortiguar el efecto nocivo y contaminante que hay y con ellas se espera lograr que el desarrollo de la intervención sea adecuado. Es importante decir que existen varias estrategias de autocuidado eficaces, pero hay que tener en cuenta que cada equipo tiene su dinámica interna, su voluntad, su historia y sus crisis, de las cuales podrá emerger su propia forma de autocuidado. De no tener en cuenta ese factor, el equipo puede no asumirlo como propio, produciendo una estrategia inadecuada. Por lo tanto, como no hay una fórmula única, creemos que lo primero que se debe tener en cuenta son las necesidades y prioridades del equipo para poder valorar lo emergente en cada momento específico.

Desde de una óptica ecológica, las estrategias de autocuidado pueden ser vistas bajo diferentes prismas: contextual (político/social), grupal (dividido en institución, red profesional y equipo) e individual. Nuestro objetivo no es agotar todas las posibilidades, sino mencionar las que creemos que son fundamentales para una labor sana y que estén, o puedan estar, relacionadas con el caso de Raul.

En términos de contexto, las estrategias están relacionadas con la estructura social y las políticas de salud pública de cada región donde se desarrollan los servicios. Aquí, en el sentido práctico, más que basada en estrategias, la posibilidad de cuidado está en la participación, en la construcción, el uso efectivo y la manutención de recursos que atiendan a las necesidades locales trabajando en red con otros servicios y otras regiones. En el caso de Raul, se verificó un importante trabajo en red entre varios servicios, entre lo

público y lo privado, entre el hospital universitario y la justicia, pero interpretamos que la forma en que se articularon realmente dichas relaciones tuvo algunos efectos negativos en los equipos.

En el ámbito grupal, primero desde la mirada institucional, las estrategias implican desde la dirección una voluntad de cuidado genuino hacia los equipos de trabajadores y los recursos necesarios para lograrlo, intentando crear condiciones que transmitan la preocupación real por el bienestar del equipo técnico y de los usuarios/as. Es importante recordar que la cultura institucional influye de manera determinante en cómo implementar y mantener el referido tipo de acciones.

La institución puede, entre otras estrategias:

- ♦ facilitar y mantener condiciones físicas adecuadas y lo más seguras posible, que velen por la integridad de usuarias/os y trabajadores/as. En el presente caso, vemos que se llegó a la decisión de ofrecer a Raul un espacio más adecuado, donde pudiera recibir el tratamiento, aunque considerando la presencia de limitaciones del propio hospital y dificultades del equipo en asumir este caso;
- ♦ como mencionamos anteriormente, las discusiones para tomar una decisión son importantes, pero, en determinados casos, la realidad misma exige una agilidad y una urgencia que limitan la posibilidad de reflexión. Tener claro ese límite y desarrollar protocolos de actuación supone cuidar del equipo y atenuar el daño que pueda soportar;
- ♦ expresar y mantener el interés real por la calidad de las relaciones en el trabajo mediante una comunicación objetiva y transparente y velar por la continuidad del servicio y del equipo fomentando el desarrollo de formación continuada de los profesionales;
- ♦ validar y apoyar espacios de vaciamiento y descompresión de los equipos. En este aspecto imaginamos que, aunque de manera informal, la estrategia se pudo aplicar en el proceso del tratamiento, en momentos posteriores a reuniones importantes o cuando el equipo tuvo la oportunidad fuera del trabajo. Aun así, creemos que es importante instaurar estas prácticas de manera habitual y organizada desde la institución, ya que cuando los equipos sufren daños pueden no estar preparados o generar dinámicas disfuncionales entre sus miembros, que se irán normalizando como relaciones de trabajo insanas;
- ♦ organizar espacios de supervisión y de formación, protectores y fortalecedores, que incidan en la sensación de eficacia y autoestima laboral. Creemos que los equipos que llevaron el caso tuvieron sus espacios de formación y supervisión, pero el matiz importante de esta estrategia radica en la cohesión grupal y la seguridad que

sienten los miembros a la hora de intervenir profesionalmente. De nada sirve ofrecer de manera organizada supervisiones y formación si no se logra un sentimiento de pertenencia y apoyo en el interior del equipo;

- ♦ fomentar las decisiones consensuales en los casos difíciles. Esta quizás haya sido una de las estrategias más visibles en el relato; de hecho, se verifica allí que las decisiones difíciles cobraron su precio, pero tuvieron el valor de ser compartidas en equipo. La responsabilidad como institución va más allá de compartir o valorar en grupo, pues se necesita la asunción por parte de todos de las decisiones tomadas, independientemente de si estas coinciden con el punto de vista individual de cada profesional o de cada equipo. Eso implica también la asunción de sus consecuencias conjuntamente y un posicionamiento común para darles solución;
- ♦ facilitar estilos de liderazgo horizontales, flexibles, protectores, de apoyo, con jefes que sepan reconocer pequeños logros, que posibiliten las decisiones conjuntas y una comunicación más abierta y sincera. Es necesario tener una política de recursos humanos diseñada para la incorporación de jefes a la vez expertos y sensibles al cuidado del equipo para poder coordinar todas las acciones mencionadas y hacer de puente entre la institución y el equipo de manera segura y confiable para el personal.

Siguiendo en el ámbito grupal, ahora con la mirada puesta en la red profesional, las estrategias de cuidado se dan por las múltiples posibilidades de dar y recibir apoyo, sobre todo a los equipos que trabajan con violencia. Creemos que es importante desarrollar y fomentar:

- ♦ intervenciones en red para casos de violencia, pues contribuyen con la contención de la intensidad emocional generada, lo que se hace difícil si uno se enfrenta en solitario;
- ♦ el vínculo con otros dispositivos del mismo ámbito, que puede permitir, cuando sea necesario, un tipo de derivación más personalizada hacia una instancia en la que el usuario pueda sentirse protegido y no rechazado. Cuando se derivó a Raul a otra institución psiquiátrica y no se cumplieron los pronósticos hechos, entendemos que se falló en la correcta coordinación de expectativas y resultados por parte de las diferentes instituciones, lo que puede redundar en una sensación de ineficacia o desconfianza hacia la red profesional. Así, también, los usuarios pueden vivir esas situaciones interpretándolas como una falta de cuidado hacia ellos y eso puede desacreditar o desautorizar la labor profesional;
- ♦ espacios y medios de retroalimentación en red, como cursos, seminarios, talleres, donde se pueda compartir la experiencia, dar

y recibir. Esto es fundamental para la oxigenación, actualización, debate e, incluso, para la siembra de un buen clima laboral;

- ♦ apoyo político e impulso suprainstitucional de redes de trabajo que puedan consensuar metodologías, protocolos de intervención, intercambio y uso común de datos y registros para su análisis, de forma que el trabajo de cada equipo se vea respaldado y consensuado en el ámbito local o regional. Eso brinda una mayor solidez al conjunto de las actuaciones y una referencia para todas las intervenciones que se hagan.

La mirada hacia el equipo significa fortalecerse como subunidad dentro de la institución, como un microorganismo que necesita autonomía para la creatividad y, a la vez, soporte y límites claros para desarrollar la intervención. No siempre la relación del equipo con la institución es favorable y, por eso, creemos que es esencial para la salud que, frente a momentos de crisis institucional, aquel esté unido y cohesionado para enfrentar las adversidades que se presentan. De lo contrario, el equipo estará en riesgo y eso tendrá un impacto significativo en la intervención con las personas usuarias. Es, por tanto, recomendable que el equipo:

- ♦ utilice y respete los espacios de comunicación, vaciamiento, descompresión, resolución de conflictos, supervisión, formación y reunión adecuadamente para no generar nuevas fuentes de tensión que abran nuevos ciclos de daño o no cuidado;
- ♦ busque la cohesión interna ante la institución para defender sus intereses y necesidades;
- ♦ cree espacios informales de oxigenación como equipo aparte de los que sean organizados desde la propia institución;
- ♦ cultive el humor en las relaciones y pueda equilibrar los niveles de toxicidad interna;
- ♦ no juzgue a los compañeros por su posicionamiento ante los casos, sino que busque la comprensión y la reflexión conjunta, para no generar escisiones internas;
- ♦ entienda y respete el vínculo de los colegas con las personas usuarias, sabiendo que la relación que establece cada profesional es diferente y supone un grado de implicación particular que también hay que tener en cuenta a la hora de tomar decisiones;
- ♦ apueste por la formación que puedan impartir los profesionales expertos hacia otros equipos más jóvenes, compartiendo sus experiencias y refrescando sus conocimientos teóricos.

Por último, en el plano individual, las estrategias de autocuidado implican responsabilizarse por uno mismo y por su cuidado personal de forma

integral, es decir, en el ámbito laboral y personal antes, durante y después del cuidado de las otras personas. En este plano, existen estrategias extralaborales y laborales.

Las extralaborales se centran en el cuidado personal del profesional, la activación de redes sociales significativas (amistades, familiares, etc.), evitar mezclar espacios de ocio con temas relacionados con la violencia, mantener áreas personales libres de contaminación y la realización de actividades recreativas. Además, el profesional debería velar por su propia salud de forma integral, manteniendo, por ejemplo, una alimentación adecuada, durmiendo lo necesario, teniendo momentos de contacto con la naturaleza, etc.

Las que son laborales abarcan fundamentalmente la capacidad de poner límites entre trabajo y vida personal, dar y recibir supervisión entre iguales en el equipo, favorecer la comunicación fluida, cuidar del espacio físico de trabajo, recibir capacitación en el área y, dentro de lo posible, tener otro trabajo paralelo distinto y/o actividad que pueda equilibrar el nivel tóxico que desprende el trabajo con la violencia.

Además, de forma general es recomendable que cada profesional registre y exprese los malestares de manera frecuente como ejercicio para reconocer las señales y evitar que el cuerpo necesite hablar a través del síntoma y que comparta la responsabilidad, o sea, se ubique donde corresponda y no asuma más de lo que debe y puede.

Autocuidado para equipos: conclusiones

La violencia representa en nuestra sociedad a la vez un tabú y un grave problema social que exige respuestas complejas. Ambas características hacen del trabajo para prevenir e intervenir ante la violencia una tarea desafiante, que pone al límite nuestras instituciones y equipos profesionales.

El caso presentado en este número muestra la cara más difícil de la intervención cuando se dan situaciones de violencia y, sobre todo, de violencia familiar. El impacto emocional y psicológico en los profesionales, la exigencia de recursos e intervenciones varias, el desgaste en los equipos y en sus redes y la limitación de las instituciones para afrontar tales demandas nos indican que no hay otra opción para los equipos que implementar estrategias de protección y autocuidado profesionales.

Entender que tratar la violencia supone unos costes personales y laborales elevados no nos debe hacer retroceder en nuestra lucha diaria ante este tipo de situaciones. Más bien debe hacernos reflexionar hasta qué punto es necesario crear y desarrollar antídotos en nuestra práctica diaria a nivel social, institucional y personal, que permitan reducir y prevenir los daños y los efectos tóxicos que el veneno de la violencia inculca en los equipos profesionales que la atienden.

Bibliografía

1. McCann IL, Pearlmann LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 1990, p. 131-149.
2. Figley CR (Ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*. New York: Brunner/Mazel, 1995.
3. Bride BE, Radey M, Figley CR. Measuring compassion fatigue. *Clinical and Social Work Journal*, 35, 2007, p. 155-163.
4. Quintana CM. El síndrome de burnout en operadores y equipos de trabajo en maltrato infantil grave. *Psykhé*, 14(1), 2005, p. 56-68.
5. Arón AM, Llanos MT. Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas familiares*, 20(1-2), 2004, p. 5-15.
6. Álvarez-Buylla S, González C. El cuidado a profesionales y equipos que trabajan con la violencia de género. En: García-Mina, A. (Coord.) *Violencia contra las mujeres en la pareja. Claves de análisis y de intervención*. Ed. Universidad Pontificia Comillas, 2010.
7. Santana AI, Farkas C. Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psykhé*, 16(1), 2007, p. 77-89.
8. Malasch C. (2001) Job burnout. *Annual Review of Psychology* (En red) Disponible en: <http://www.findarticles.com>. Consultado el 17 de febrero de 2011.
9. Morales G, Pérez J, Menares MA. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 2003, p. 9-25.

Recebido em: 01/04/2011

Aceito em: 15/04/2011

Endereço para correspondência:

Eduardo Carvalho Barbosa
E-mail: educabar@gmail.com

