



**Universitat de les
Illes Balears**

**El estudio del fenómeno de traumatización vicaria
basado en sus principales autores**

Paula del Valle Santa Cruz

43215159E

Jose Francisco Campos Vidal

Memoria del Trabajo de Final de Grado

Estudios de Grado de Trabajo Social

**Palabras clave: traumatización vicaria, estrés traumático secundario, autocuidado
y bienestar personal**

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

2014 - 2015

Índice

Introducción.....	1
1. Antecedentes históricos.....	2
2. Desarrollo: Fenómeno de traumatización vicaria.....	3
• Diferenciación conceptual.....	3
• Modelos explicativos.....	5
• Causas.....	7
• Consecuencias.....	8
• Sintomatología.....	9
• Medidas de prevención.....	11
➤ Autocuidado en el ámbito personal.....	12
➤ Autocuidado en el ámbito profesional.....	12
3. Conclusión.....	15
Bibliografía.....	16

Introducción.

A partir de 1980, se empezó a estudiar el término estrés postraumático, debido a los números casos que surgían dando lugar al trauma psicológico. Fruto de este, nacieron otros conceptos relacionados, de los cuales emergieron otras tipologías, se efectuaron investigaciones sobre las causas y consecuencias y su principal sintomatología.

Es necesario diferenciar los diversos términos que dan lugar a tal impacto en los profesionales, debido a que entre ellos existen características comunes pero pueden surgir de forma independiente. Siendo los más destacados: el *burnout*, *desgaste por empatía*, *traumatización vicaria* y *estrés traumático secundario*; que haciendo referencia a estos últimos, son dos trastornos diferentes pero con unas características similares.

Reconocidos autores, presentaron diversos modelos explicativos sobre el llamado trauma secundario o traumatización vicaria, que se definía como el efecto negativo prolongado en el tiempo que se genera en el profesional, en base a la empatía de los acontecimientos traumáticos de una persona, en relación a experiencias propias dolorosas. Ello, conlleva a soportar las cargas individuales de las personas que han sido sometidas a situaciones violentas y con alto grado de intensidad, y que no han sido capaces de superarlas o siendo un intento fallido.

Bajo los efectos del estrés traumático secundario, pueden estar sometidos aquellos profesionales que trabajan y tienen contacto con la realidad normalmente, y están expuestos a recibir cualquier situación de gran riesgo y dificultosa de resolver y/o están bajo situaciones estresantes, es decir, bomberos, personal sanitario, terapeutas, trabajadores sociales, profesores, psicólogos... Siendo el estrés, una de las mayores causas de enfermedades. Se ha hecho necesario, la búsqueda de mecanismos y sistemas de prevención para poder detectar, paliar y eliminar este síntoma y las posibles consecuencias que ello conllevaría.

En el siguiente artículo, se presenta el estudio del fenómeno de traumatización vicaria como trastorno, sus principales causas, consecuencias y síntomas, se analizan los principales modelos teóricos explicativos y medidas de prevención que diversos autores han aprobado, siendo de alta fiabilidad para reducir los efectos negativos que dicho trauma desarrolla.

1. Antecedentes históricos

Desde siempre, los efectos postraumáticos que provienen de situaciones de crisis o de catástrofes vitales, son de suma importancia para las personas que lo sufren, pero no debemos olvidar, que para los profesionales que tratan con estas personas y su trauma, también lo es. Por lo que se dio lugar a la definición de este fenómeno, llamado *estrés traumático secundario*, con sus derivados sinónimos: *traumatización secundaria* (Follette, Polusny y Milbeck, 1994), *tensión traumática secundaria* (Figley, 1983) y *traumatización vicaria* (McCann y Pearlman, 1990a).

Fue en 1980 cuando se diagnosticó el estrés postraumático (APA, 1980), que introdujo el llamado trauma psicológico en el área de estudio de la psicología y psiquiatría. A partir de ese momento, se iniciaron numerosas investigaciones y estudios acerca del trauma (Figley, 1988), diferenciándolo en el trauma directo (afecta a la víctima) y el trauma indirecto (afecta al cuidador/profesional). Se puso atención al impacto y reacción que provocaba en la persona cuando experimentaba un acontecimiento traumático o está lo presenciaba, dando lugar a tres tipos de síntomas (APA, 2000): la reexperimentación del hecho traumático, evitación y embotamiento psíquico e hiperactivación.

Se define el término de estrés traumático secundario como: "*el conjunto de aquellas emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático o experimentado por otro*" (Figley, 1983). El estrés acumulado y no resuelto, puede llevar a la aparición de una enfermedad, que en ocasiones, es la misma organización o institución supervisora del profesional, la que provoca la aparición de tales síntomas, cuando no son reconocidos a tiempo. Algunos estudios muestran la aparición de elevados grados de estrés dados en los servicios de atención clínica (Figley y Stamm, 1999), debido a las importantes decisiones que deben tomar los profesionales sanitarios, ya que en ocasiones, se encuentran en momentos confusos y sometidos bajo presión, al tener vidas humanas entre sus manos. Más adelante, McCann y Pearlman (1990), hacen referencia a la traumatización vicaria como: "*los síntomas traumáticos sufridos por los profesionales que integran equipos que trabajan con víctimas que sufren una violencia extrema, tales como violaciones, torturas y diversos tipos de vejámenes, asaltos, desmembramientos en guerras o accidentes, entre otros*" (Benelvaz, D., 1997).

La experimentación y no resolución adecuada del trauma, puede influir en la aparición de la inestabilidad de la red social, familiar, laboral... desarrollando sentimientos de culpabilidad o en su extremo, ideas suicidas. Por lo tanto, es necesario que la víctima se adapte a las nuevas circunstancias de la realidad que la envuelve (Figley, 1998).

Según Lazarus y Folkman (1984), la reacción de la víctima, dependerá de los aspectos imparciales relacionados con acontecimientos estresantes externos (intensidad, duración y acumulación de sucesos de la vida estresantes), y también, de la evaluación cognitiva que tenga la víctima, contando con recursos psicológicos (personales o no) que tenga a su disposición o no, para poder combatir dicho estrés.

Considero que el fuerte enlace que se crea a partir de la empatía profesional con la situación traumática de la víctima, conlleva a la escucha inevitable del suceso, a la absorción del dolor que padece el individuo, familia o sufrimiento del grupo (Morresette, 2004), que puede desencadenar en un desequilibrio tanto físico como psíquico en la víctima, y por parte de los profesionales, padecer de angustia y problemas emocionales y psicológicos.

2. Desarrollo: Fenómeno de Traumatización Vicaria

Para poder dar un significado relevante y de gran peso al estrés traumático secundario, es necesario conocer los diversos aspectos de gran relevancia que lo definen en su máxima plenitud:

- Diferenciación conceptual.

Es necesario, antes de desarrollar el fenómeno en sí, conocer los diversos significados y sinónimos que se le dan. Primeramente, el *estrés traumático secundario* se encuentra en relación con el *burnout*, dicho síndrome se construye en base a tres ítems: el *agotamiento emocional* (el estado que se produce cuando los recursos emocionales del profesional se agotan por necesidades crónicas, demandas y expectativas de sus clientes, superiores e instituciones) que desemboca en la pérdida de energía y desgaste emocional, la *despersonalización* (negativas respuestas a los compañeros de trabajo o clientes) en forma de insensibilidad y distanciamiento, y por último, la *reducción en el sentido de logros personales* (profesionales se sienten incapaces de trabajar, cuando los

clientes no responden al tratamiento, a pesar de los esfuerzos por ayudarlos) que desarrolla síntomas como sentimientos de fracaso e insatisfacción de sus logros (Maslach Schaufeli y Leiter, 2001). Es un síndrome que se desarrolla a lo largo del tiempo y se acumula debido a un cambio, y el trauma vicario, es un estado de tensión y preocupación (que se experimenta de diversas maneras por los profesionales) en base a las historias o experiencias traumáticas vividas de forma directa o indirecta por los clientes. Como resultado, el *burnout* a largo plazo, debilita el sistema interno y emocional del profesional y conlleva a aumentar su vulnerabilidad, al desarrollo de una enfermedad, poniendo su salud en grave riesgo.

Y por otro lado, se encuentra la *fatiga por compasión*, como otro de los síndromes patentados, resultado de los síntomas de los trastornos anteriormente nombrados (Adams, Boscarino y Figley, 2006). Se describe, como la experiencia general de cansancio emocional y físico, que se da en los servicios de los profesionales con experiencia social, debido al uso crónico de la empatía, con los clientes que sufren por sucesos traumáticos (Figley, 2002b). En la mayoría de casos, se ha demostrado que los trabajadores sociales desarrollan este síndrome, fruto de la empatía crónica y la burocracia diaria, como es la gravedad de las situaciones o equilibrar el trabajo social con el trabajo administrativo.

Tras esta aclaración, podemos deducir que la traumatización vicaria da lugar a síntomas relacionados con el estrés postraumático de aquellos que trabajan con personas afectadas por el impacto de un acontecimiento traumático (violación, abuso sexual...). Este fenómeno se debe a la exposición a corto o largo plazo de los diversos traumas padecidos por una persona, fruto de la empatía que el profesional tiene hacia la víctima y de sus propias vivencias dolorosas que aun no haya conseguido superar. Tales traumas que el profesional no haya conseguido superar, podrían volver a recordarse por entablar una relación de ayuda con una víctima, y por ello, puede llevar a generalizarse las propias experiencias de los clientes y los métodos personales de afrontamiento (Follete *et al.*, 1994). Por ejemplo, si se trabaja con una situación de abuso sexual, puede generar en el profesional estrés traumático secundario, puesto que el problema parece tener una elevada prevalencia en los terapeutas de víctimas de abuso sexual. En cambio, se indica que un elevado sentimiento de satisfacción por el trabajo realizado y el distanciamiento en relación al dolor del trauma, pueden ser variables protectoras ante el riesgo de desarrollo del estrés.

A modo de conclusión, el trauma vicario es la carga del conjunto de traumas que se han originado a lo largo del tiempo, por la reiterada atención y labor con acontecimientos que causan grave traumatización. Generalmente, cualquier tipo de suceso traumático puede desencadenar la alteración en la capacidad de respuesta de una persona, que puede sentirse incapacitada para hacer frente a situaciones que se ve obligada a afrontar. A consecuencia, esta persona es incapaz de adaptarse a la nueva situación y puede sentirse indefensa y pudiendo llegar a perder las expectativas de futuro. Todo ello le impide gobernar adecuadamente su propia vida y afrontar una toma de decisiones racionales y coherentes, siendo pues, fuente de problemas adicionales (abuso de drogas y/o alcohol y dificultades en las relaciones interpersonales) (Echeburúa, 2004).

A causa de la evolución de este fenómeno, los posteriores estudios e investigaciones han dado lugar a los presentados términos, que sin duda, dan lugar a ciertos interrogantes, debido a su similitud en sus definiciones y características comunes. Pues como se ha observado, para que se dé lugar el trauma vicario, es necesaria la existencia de un acontecimiento traumático, mientras que en el resto de síndromes no es necesario, solo que se deben a la acumulación en el tiempo de situaciones violentas o estresantes y a la empatía en exceso por parte del profesional.

- Modelos explicativos.

Gran cantidad de autores destacados de este campo, desarrollaron sus propios modelos teóricos entorno al origen del estrés traumático secundario, demostrando así, que se generaba por la influencia de unas variables determinadas.

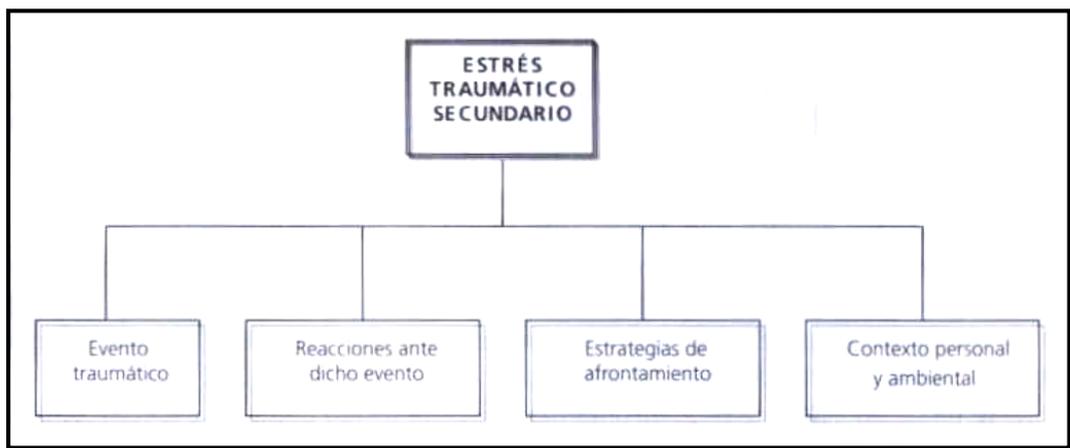
En 1995, fue cuando el Figley consolidó el término *fatiga por compasión*, anteriormente descrito en 1983 como *victimización secundaria*. Este modelo presenta las variables con las que los profesionales se predisponen indirectamente a experimentar el *estrés traumático secundario*: la capacidad para empatizar, el comportamiento hacia la víctima, la dificultad para distanciarse del trabajo y el propio sentimiento de satisfacción de poder ayudar a la víctima. Estas cuatro variables, son el conjunto de factores de riesgo que propician la aparición de tal estrés.



Modelo teórico de Charles Figley (1995)

Más adelante, modifica el modelo introduciendo como variable destacable en el proceso, la propia experiencia o historia traumática del profesional. Potenciar la comprensión, puede provocar la traumatización de la misma forma en el terapeuta (Figley, 1997). A consecuencia, el profesional puede revivir acontecimientos traumáticos pasados, que alomejor creía haber sanado, y perjudicarle en la relación de ayuda, generalizando tanto sus propias vivencias como los métodos de resolución.

Destaca el modelo explicativo de Dutton y Rubinstein, basándose en las principales fuentes que desencadenan este síndrome: el evento traumático, las reacciones dadas ante tal evento, las estrategias de afrontamiento que se utilizan y el contexto personal y ambiental donde se encuentra.

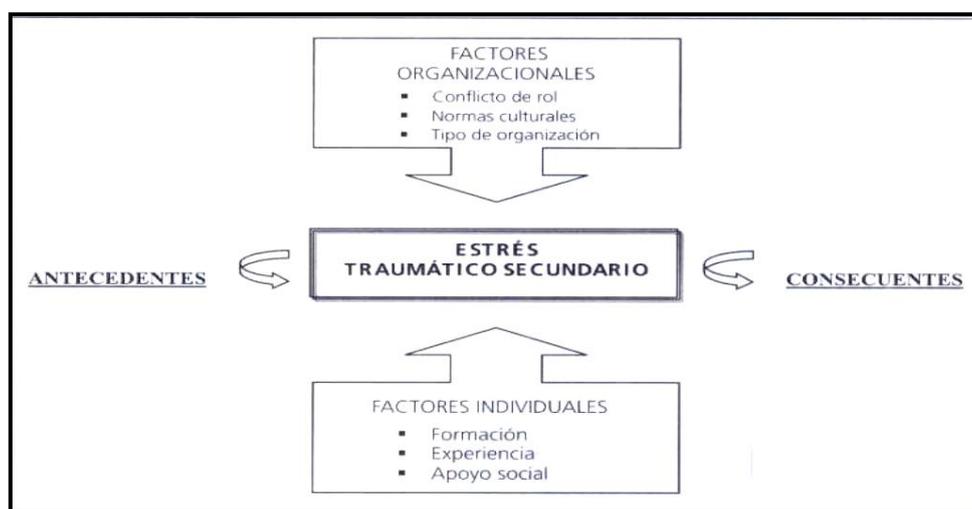


Modelo teórico de Dutton y Rubinstein (1995)

Este modelo a diferencia de otros, nombra como factor determinante, el contexto ambiental y personal donde se origina el trauma. Se debe tener en consideración el espacio en el que se origina el trauma, ya que puede influir en la forma en cómo la

victima puede experimentar ese acontecimiento en mayor o menor grado de violencia o dolor. De la misma forma, es importante conocer si ese trauma que nos transmiten ha sido experimentado de forma directa (por el propio cliente) o indirecta (haya presenciado la situación estresante sin haberlo padecido físicamente), así como la franja de edad en la que se encuentra el individuo.

Por último, el modelo explicativo de Beaton y Murphy (1995), donde destacan la importancia de los factores organizacionales (conflicto de rol, las normas culturales y el tipo de organización) y los factores individuales (formación, experiencia y el apoyo social) que influyen en la naturaleza del *estrés traumático secundario*.



Modelo teórico de Beaton y Murphy (1995)

Como se ha comprobado anteriormente, uno de los puntos centrales de donde parten todos los modelos teóricos, es la empatía. Destaca porque a la vez que es utilizado como una habilidad profesional con las personas que padecen un trauma, puede convertirse en un factor de vulnerabilidad para el mismo cuidador, debido a que este puede reexperimentar síntomas anteriormente vividos (Figley, 1995).

Se hace notorio y evidente la escasa investigación acerca de este fenómeno, aunque haya modelos teóricos que expliquen cual es la interrelación entre las variables destacadas, estas en su individualidad, no han sido suficientemente estudiadas.

- Causas.

Los profesionales que están más expuestos a sufrir el riesgo de padecer traumatización vicaria, son aquellos que (Pearlman y McKay, 2008):

- Aquellas personas que evaden problemas importantes o sentimientos conflictivos encontrados, los que suelen culpar a los demás de sus dificultades o directamente, se alejan de situaciones incómodas.
- Profesionales que hayan experimentado un acontecimiento traumático, pueden identificarse de forma más precisa con una tipología concreta de dolor o pérdida vividos por otra persona, provocando su vulnerabilidad.
- Personas que hayan padecido estrés en otros ámbitos importantes de su vida.
- Carecer de una idea que de sentido a la vida, un estímulo o motivación.
- Aquellas personas que carezcan de un adecuado apoyo social.
- Ausencia de límites sostenibles entre la vida privada y la vida laboral, la existencia de ideales poco realistas en relación con el trabajo.
- Mantener relación con personas que hayan soportado situaciones traumáticas.
- Organizaciones sociales que no fomentan una cultura institucional con una gestión eficaz, un clima de trabajo y atención al personal adecuado.
- Poder diferenciar las culturas y expresar las emociones para recibir la asistencia oportuna.
- No autocuidarse personalmente, el miedo y negación a las propias necesidades.

Generalmente, la inestabilidad emocional anterior a un suceso traumático y su duración a largo plazo, son posibles causas de estrés traumático, por ello, a una persona que le afecta tal suceso, puede generarle la pérdida de su capacidad de atender y responder emocionalmente a su entorno vital. Algunas personas experimentan un acontecimiento traumático, porque su estilo de vida ya puede condicionarle a ello (beber alcohol en exceso, automedicarse, tener trastornos alimenticios...), pudiendo encerrarse en sí misma o generar sentimientos de odio y venganza. Puede ser debido al manifestarse una enfermedad grave (trastorno mental) o una circunstancia vital repentina (divorcio, pérdida de empleo...) (Shalev, Friedman, Foa y Keane, 2003).

- Consecuencias.

Las personas que padecen de traumatización vicaria, pueden manifestar un estado permanente de ansiedad y miedo, sentimientos de culpa, frustración, impotencia, depresión, un deterioro de las relaciones interpersonales, insatisfacción, bajo rendimiento laboral... (Blair y Ramones, 1996, citado en Cazabat, Eduardo H., 2002 y Trejos Parra, Jhon Jairo; Betancur Sánchez, Aura Victoria y Montoya Alzate, Luz Stella, 2011). Los profesionales afectados por este fenómeno, suelen sentir angustia cuando observan que la víctima no tomó las decisiones adecuadas, también, suelen impacientarse o se distancian al escuchar testimonios dolorosos, incluso pueden llegar a sentir mayor empatía e identificación con el agresor. Además, sienten extrema preocupación respecto a su propia seguridad y les invade una profunda tristeza al tener convicción de no ser un buen terapeuta, por lo que en ocasiones, no desean volver a su trabajo (Walker, 1993, citado en Claramunt, Ma. Cecilia, 1999).

- Sintomatología.

Según Pearlman y McKay (2008) los principales síntomas relacionados con la traumatización vicaria son:

- Dificultad para manejar emociones, para tomar decisiones adecuadas, para sentirse bien con uno mismo y con su entorno y sentirse conectado con la vida.
- Problemas para saber identificar los límites de uno mismo con las personas que le rodean, para tener relaciones interpersonales y problemas físicos (enfermedad).

Este fenómeno influye tanto en el modo de actuar e interactuar con los seres queridos, afectando a la red social y familiares más cercanos. Ante una situación de riesgo de padecer un trauma, es necesario conocer y comprender el término estudiado, para poder tomar las precauciones necesarias e incorporar los factores de protección adecuados en el ámbito laboral, ante los posibles síntomas que el terapeuta puede padecer (PIIAA, s.f.), se clasifican en:

- Síntomas físicos: lentitud, fatiga, alteraciones del sueño y apetito...
- Síntomas psicológicos: desmotivación, irritabilidad, deterioro de sí mismo, sentimiento de culpa por la falta de logros y expectativas...

- Síntomas conductuales: pérdida de entusiasmo, trabajar muchas horas y conseguir poco objetivos, sensación de inutilidad, dificultad para tomar decisiones, aislarse de los compañeros de trabajo...

El saber identificar esta tipología de reacciones, ayuda a reformular el problema que genera un cambio en los niveles de conceptualización y responsabilidad del profesional, permitiendo canalizar y clarificar las dificultades que afectan al terapeuta, al equipo y a los clientes, haciendo hincapié en el desarrollo laboral y en las temáticas de trabajo.

Encontramos diversos signos y síntomas que los profesionales manifiestan al desarrollar estrés traumático secundario. Esta sintomatología proviene de un trauma experimentado de forma directa o indirecta, de ello depende, que se dé lugar a unos síntomas u otros (Pearlman y Saakvitne, 1995):

<p>Trauma directo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para hablar de sus sentimientos • Liberar ira o irritación • Desordenes alimenticios • Dificultad para dormir/insomnio • Preocuparse por pensar que no hacen lo suficiente • Sentirse atrapado por su trabajo • Insatisfacción laboral • Desesperanza • Culpabilizar a los demás 	
<p>Trauma indirecto</p>	<p>Comportamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios frecuentes de trabajo • Irritabilidad • Ausentismo • Irresponsabilidad • Exceso de trabajo • Agotamiento • Abandono de asuntos de comunidad • Rechazo físico y emocional cercano 	<p>Interpersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflicto personal • Culpar a los demás • Participación conflictiva • Relaciones pobres • Mala comunicación • Impaciencia • Dificultad para tener relaciones plenas • Aislamiento del espacio laboral
	<p>Valores personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción negativa • Pérdida de interés • Apatía • Falta de cuidado y apreciación • Cuestionamiento de visión del mundo • Interrupción en necesidades y creencias 	<p>Rendimiento laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja motivación • Aumento de errores • Evitar responsabilidades laborales • Perfeccionismo • Falta de flexibilidad

El trauma vicario presenta una serie de síntomas característicos, (Ojeda, T., 2006 citado en Cazabat EH., 2002 y Trejos JJ, y col., 2005) siendo estos:

- *Reexperimentación de los acontecimientos traumáticos:* son manifestados mediante pesadillas, sueños y recuerdos periódicos e intrusos, ocasionando malestar, angustia y temores. Con la aparición de un estímulo interno o externo que simbolice o recuerden el acontecimiento traumático, puede generar en la persona un intenso malestar psicológico.
- *Evitación y embotamiento de la reactividad general:* la persona intentará evitar sus sentimientos, pensamientos, lugares y/o personas que le recuerden al suceso traumático. Disminuirá el interés o la participación en actividades, y aparecerán sentimientos de desapego con los demás. Sufrirá limitaciones en su vida afectiva y tendrá la sensación de un futuro reducido.
- *Estado de alerta incrementado:* la persona tendrá dificultades para conciliar el sueño, tendrá irritabilidad y explosiones de ira, padecerá de dificultades de concentración. Estará en estado de hipervigilancia (respuestas exageradas de sobresalto).

- Medidas de prevención.

La finalidad de cualquier prevención, es disminuir el impacto negativo ocasionado por un acontecimiento repentino o esperado, ya sea de una naturaleza u otra. Pero haciendo referencia a nuestro estudio, el objetivo principal se dirige a paliar e intentar eliminar tanto el riesgo a desarrollar estrés traumático secundario como a desarrollar íntegramente los síntomas de este, ya sea por parte de un profesional, como de su equipo de trabajo, buscando la máxima potenciación de su bienestar físico y psíquico e intentando restablecer su visión del mundo.

Encontramos una diversa tipología de autocuidados, tanto para el mismo terapeuta como para el equipo de trabajo, con el que se implica y es influido en su clima laboral de forma continuada.

Existen determinados modelos explicativos, que ayudan a la aplicación de las medidas de prevención, siendo (Morales y Pérez, 2003):

- ❖ *Modelo de afrontamiento mediante apoyo social*: abarca el crecimiento de redes sociales del profesional (personales y laborales) y recibir información o apoyo para solucionar sus problemas. Es importante la coordinación con el equipo.
- ❖ *Modelo múltiple de Morales y Lira*: está centrado en la reivindicación institucional (reclama una mejora de infraestructura, derechos y condiciones laborales), la identidad social (reconocer el rol del profesional y su experiencia), el impacto emocional (emociones de los profesionales y su relación con los clientes) y la sociabilidad (necesidad de establecer un espacio personal y sentimiento de pertenencia grupal).
- ❖ *Modelo organizativo de programa de autocuidado (Barudy)*: aborda como recursos imprescindibles: el altruismo social (resaltando el esfuerzo de las partes implicadas) y la organización profesional en redes (flexibilidad ante casos de violencia y necesidad de buena coherencia interna ante la demanda).

- Autocuidado en el ámbito personal.

La práctica del autocuidado a través del desarrollo de estrategias enfocadas para la mejora del bienestar personal, también son útiles, haciendo más falta, en los profesionales que experimentan estrés traumático secundario o trastornos similares. Siendo las más comunes: mantener una buena salud física, una alimentación equilibrada, dormir las horas necesarias, hacer ejercicio actividades deportivas (Pearlman, 1999). También implica desarrollar técnicas de expresión como: la pintura, dibujo, la cocina... (Hesse, 2002) y mantener conexiones espirituales mediante actividades como el yoga o la meditación. Y por último y siendo lo más imprescindible en la vida de cualquier ser humano, es el apoyo emocional y social de la familia y red social con el que puede contar cada profesional (Stamm, 1999).

Ante una perspectiva práctica, el autocuidado sirve para paliar el impacto negativo que se respira y se padece en el ambiente laboral, mediante el desarrollo de las estrategias adecuadas. Hay que tener en cuenta que cada organización o institución, tiene sus propias características y necesidades, y en base a estas, se realizarán las medidas pertinentes (Ginés y Carvalho, 2010):

- Autocuidado en el ámbito profesional.

En el área individual, el autocuidado implica saber responsabilizarse de uno mismo y cuidarse de forma íntegra, abordándose estrategias:

- Extralaborales, que se centran en el cuidado personal del terapeuta, activando sus redes primarias más íntimas, evitando los espacios dedicados al ocio con los relacionados con experiencias violentas o dolorosas y realizar actividades de satisfacción personal.
- Laborales, que aborda la capacidad de limitar el espacio laboral con el personal, recibir feedback entre los compañeros de trabajo, fomentar un clima adecuado y comunicación fluida y no violenta.

Una forma práctica y que se recomienda, es que cada profesional exprese y reflexione sobre sus malestares, como técnica para poder reconocer los indicadores que desarrollan este estrés, evitando que el propio cuerpo experimente síntomas más graves.

En cuanto al equipo de trabajo, es importante ver al equipo como una sola unión de trabajo, donde si cada profesional realiza su función adecuadamente, la institución no tiene porque llegar al extremo, de padecer como por ejemplo, traumatización vicaria. Por ello, antes de dar pie a desarrollar los primeros síntomas, se recomienda (Ginés y Carvalho, 2010):

- Respetar los espacios de vaciamiento, resolución de conflictos y supervisión para no crear fuentes de tensión.
- Generar una cohesión interna con la institución para poder defender sus derechos e intereses.
- Crear espacios de oxigenación aparte de los existentes dentro de la organización.
- Fomentar el humor para reducir la contaminación interna.
- No juzgar a los propios compañeros por una visión diferente a la nuestra con un mismo caso.
- Entender y respetar el tipo de unión que tengan los compañeros con los clientes.
- Dar la oportunidad a los profesionales de demostrar su formación a equipos más jóvenes, a partir de sus experiencias y conocimientos adquiridos.

Las estrategias de autocuidado que acuñan a la institución como protagonista, implican una clara voluntad por parte de esta de cuidar a su propio equipo de profesionales,

aplicando los recursos adecuados que plasmen el objetivo de conseguir el bienestar tanto del equipo como de los clientes. La institución debe (Ginés y Carvalho, 2010):

- Crear y mantener condiciones adecuadas, que velen por la honradez y moralidad de los trabajadores y clientes y desarrollar protocolos de actuación.
- Expresar interés por mantener la positividad en las relaciones laborales, mediante una clara comunicación, fomentando el adecuado desempeño de las funciones de cada miembro del servicio.
- Apoyar los espacios de vaciamiento de los compañeros.
- Realizar una supervisión y formación para potenciar la capacidad, eficacia y autoestima laboral.
- Llegar a un acuerdo consensuado ante acontecimientos difíciles, teniendo en cuenta las diferentes opciones y posiciones de los profesionales.
- Fomentar estilos de liderazgo flexibles y protectores, donde los superiores reconozcan los pequeños avances y logros tanto de forma individual como grupal.

Y por último, en relación con las estrategias para una mejora del bienestar desde un adecuado trabajo en redes, serían (Ginés y Carvalho, 2010):

- Desarrollar intervenciones en red ante acontecimientos relacionados con la violencia, puesto que ayuda a contener el impacto emocional generado.
- Enganche relacional con otros servicios del mismo ámbito, permitiendo, en caso de que fuera necesario, realizar una derivación, para que el cliente pudiera ser atendido por una correspondiente competencia.
- Espacios para participar en cursos, talleres, seminarios donde puedan compartir e interactuar en base a sus experiencias, dando y recibiendo apoyo entre ellos.
- Apoyo político para consensuar entre los diferentes servicios, una metodología adecuada, protocolos de intervención y actuación, intercambio de datos y registros para los análisis y resultados.

Ayuda a que los servicios se sientan respaldados ante un trabajo realizado a lo largo de las intervenciones, dejando huella y solidez en sus actuaciones, sobre todo, destacando su importancia ante los casos más graves, sirviendo a su vez, como referencia para otras posibles intervenciones de tal magnitud.

El autocuidado es una estrategia imprescindible para alcanzar el bienestar íntegro tanto en la vida cotidiana como para el necesario y adecuado desarrollo humano. La importancia de ponerlo en práctica, se debe a que conlleva al profesional, verse beneficiado en su plenitud, y por ello, podrá hacer efecto múltiple en otros ámbitos favorables y significativos para la persona (Uribe, 1999), como se muestra en la siguiente tabla:

Importancia del autocuidado	
Para el profesional	Para la institución
<ul style="list-style-type: none"> • Recuperación del bienestar general • Satisfacción laboral • Mejoras en relaciones interpersonales • Romper con el aislamiento • Iniciar/continuar/resolver el proceso de recuperación de sus propias experiencias violentas/dolorosas • Mejorar la atención ofrecida • Resignificar la visión de su labor 	<ul style="list-style-type: none"> • Paliar el ausentismo, tardanzas y abandono laboral • Mayor rendimiento • Mejorar la calidad asistencial y de los servicios ofrecida.

Se llega a la culminación de esta estrategia, si la persona lo interioriza como un estilo de vida, es decir, si la persona tiene plena convicción de que hacerlo, le proporciona calidad en su vida, llegando a la cumbre de su bienestar integral. Es un proceso lento, del cual se toma conciencia de su realización, al identificar tanto sus carencias como sus recursos, y será entonces cuando la persona empezará su recuperación.

3. Conclusión

Tanto la traumatización vicaria como sus similares trastornos, no han sido estudiados ni investigados en la medida que ello convendría, tratándose de una sintomatología grave que puede afectar a la sociedad en general y a los profesionales que desarrollan su labor con esta, a través de la empatía puesta en práctica y de la comprensión. Actualmente, no se han diseñado medidas de prevención o técnicas suficientemente adecuadas y adaptadas a este fenómeno, que recojan las necesidades existentes generadas por esta tipología de estrés. Si es cierto, que la personalidad y la capacidad de una persona ante un suceso traumático, puede determinar cómo dicho trauma se propaga en el tiempo.

Es de vital importancia, tanto identificar a tales personas con necesidad de tratamiento, como que los profesionales estén dotados y preparados en base a una formación especializada, para atender a este colectivo. Es necesario que el terapeuta canalice por una parte sus conocimientos, valores y ética profesional, y que por otra, respete las creencias, visión y cultura del cliente con quien trate, ya que en su conjunto, ayudará a disminuir los efectos negativos que puede experimentar.

Propondría como posible mecanismo de prevención, que se realizara un estudio sobre los profesionales que actualmente ofrecen sus servicios desarrollando tales niveles de estrés, y que un grupo de estos, creara un cuestionario basado en 100 preguntas escala, valorando del 1 al 10 (donde el 1 sería nada y el 10 sería mucho), abordando los temas de mayor interés (tiempo dedicado a cada caso, bienestar personal, autocuidado...) y que fuese utilizado para poder evaluarse y trabajar sus carencias y necesidades reflejadas en los resultados.

Bibliografía

Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–108.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, D.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. revisada). Washington, D.: American Psychiatric Association.

Beaton, R. D. y Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: Research implications. In C. R. Figley (dir.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, (pp. 51-81). Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.

Benelbaz, D. (1997). *Supervisión y procesos institucionales en equipos que trabajan con traumatización extrema*. Simposium Supervisión Clínica. V Congreso Nacional de Psicología. Colegio de Psicólogos de Chile.

Blair y Ramones. (1996), citado en Cazabat, Eduardo H. *Desgaste por empatía*. En: Psiquiatría.com, III Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2002 (2002) y en Trejos Parra, Jhon Jairo; Betancur Sánchez, Aura Victoria y Montoya Alzate, Luz Stella. *Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares: Terapia efectiva para el trastorno por estrés postraumático*. Biblioteca de materiales para intervención en crisis y desastres – Amauta Internacional (s/f) [Consulta: 19 de marzo de 2011] Disponible en la web: <<http://amauta.org/ArtRevMDRis.htm>>

- Dutton, M. A. y Rubenstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications, En Figley C. R. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 82-100). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. & de Corral, P. (2007). *Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, Cómo y Para qué?* Universidad del País Vasco. *Psicología Conductual*, Vol. 15, Nº 3, pp. 373-387.
- Felices, M. B., Castro, J. P., Fernández, E. D., Guerrero, C. G. & Dolsa, V. V. (s.f.). *Cuidado y autocuidado de los profesionales de intervención directa*. Recuperado el 19 de Marzo de 2015 de <http://www.descargascoppa.es/varios/DocPiaaCuidadoAutocuidadoProfIntervDirecta2013.pdf>
- Figley, C. R. (1983). The family as victim: Mental health implications. En P. Berner (dir.). *Proceedings of the VII World Congress of Psychiatry*. Londres: Plenum.
- Figley, C. R. (1988). Toward a field of traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress, 1*, 3-16.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- Figley, C. R. (1997). *Burnout in families: The systematic costs of caring*. Nueva York: CRC Press.
- Figley, C. R. (1998). Burnout as systematic traumatic stress. A model for helping traumatized family members. En Figley, C. R. *Burnout in families. The systematic costs of caring*. (pp. 15-28). Nueva York: CRC Press.
- Figley, C. R. (2002b). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Figley, C. R. y Stamm, B. H. (1995/1999). *Cuestionario autoaplicado de fatiga de compasión y satisfacción*. Traducido por Pedro Samayoa, El Quiché, Guatemala.
- Follete V. M., Polusny. M. M. y Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals. Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional psychology; Research and practice, 25*, 275-282.
- Ginés, O. & Carvalho, E. (2010). *Cuidados con el equipo cuidador*. *Revista brasileira de psicoterapia, 12*, 297-313.
- Godoy, P. T. (2010). *Trauma vicario y propuestas para el autocuidado con dramaterapia*. Universidad de Chile: Edras.
- Hesse, A. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal, 30*(3), 293-311.
- Jiménez, B. M., Morante, M^a E., Garrosa, E. & Rodríguez, R. (2004). *Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma*. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. *Psicología Conductual*, Vol. 12, Nº 2, pp. 215-231.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–423.
- McCann, I. L. & Pearlman, L. A. (1990a). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- 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, pp. 9-25.
- Morrisette, P. (2004). *The pain of helping: Psychological injury of helping professions*. New York: Taylor & Francis Books.
- Newell, J. G. & MacNeil, A. (2010). *Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers*. Universidad de Montevallo: Alabama.
- Parra, T. O. (2006). *El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual*. Revista Peruana Ginecol Obstet; 52 (1), 21-27. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Parra, T. O. (2011). *El autocuidado y su importancia en la integración de programas de VIH y violencia contra la mujer*. Washington D. C.: Development Connections.
- Pearlman, L. A. (1999). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In B. Hundall Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-Care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 51–64). Baltimore, MD: Sidram Press.
- Pearlman, L.A. & McKay, L. (2008). *Understanding and Addressing Vicarious Trauma*. Headingtown Institute.
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K.W. (1995a). *Trauma and the therapist - counter-transference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton & Co.
- Shalev, A. Y., Friedman, M. J., Foa, E. B. y Keane, T. M. (2003). Integración y resumen. En E. B. Foa, T. M. Keane y M. J. Friedman (dirs.), *Tratamiento del estrés postraumático* (pp. 423-446). Barcelona: Ariel.
- Stamm, H. B. (1999). *Secondary traumatic stress: Self-Care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore, MD: Sidran Press.
- Uribe J., Tulia María. (1999). *El autocuidado y su papel en la promoción de la salud*. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Vol. XVII, No. 2.
- Vicarious Trauma. (n.d.). American Counseling Association. Recuperado el 18 de Marzo de 2015 de <http://www.counseling.org/docs/trauma-disaster/fact-sheet-9---vicarious-trauma.pdf>
- Walker, L. (1993), citado en Claramunt, Ma. Cecilia. *Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar*. OPS. San José, Costa Rica, 1999. [Consulta: 15 de marzo de 2011] Disponible en la web: <http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia_guia_autocuidado.doc>