

Autocuidado como respuesta al Estrés Traumático Secundario: Estudio desde el marco de la Mediación Familiar

Self-care as a Response to Secondary Traumatic Stress: A Study from the Family Mediation Framework

Gabrielle Millon Lorens¹

Este estudio inicia con la revisión de las principales propuestas teóricas en torno al Estrés Traumático Secundario y al Autocuidado, analizando su vinculación y teniendo en vistas el desempeño laboral de profesionales mediadores de familia.

Con el fin de evaluar el impacto del Autocuidado en función de los niveles de EST en una muestra de mediadores familiares, se lleva a cabo una intervención psicoeducativa que busca incrementar la frecuencia en la emisión de conductas de Autocuidado tanto en el ámbito personal como de equipo, realizando a la vez mediciones de los niveles de EST antes y después de dicha intervención.

Se concluye por una parte que el Autocuidado influye en los niveles de Estrés Traumático Secundario, lo que se desprende de la disminución en los niveles alto y medio alto de EST y un aumento inversamente proporcional en los niveles bajo y medio bajo en la muestra. Además se sostiene que las competencias requeridas para el desempeño del mediador, constituyen un factor de riesgo en la emergencia del EST y ante ello, el Autocuidado surge como medio de prevención y tratamiento.

Palabras claves: estrés traumático secundario, autocuidado, mediadores de familia

This study goes through the main theoretical proposals related to Secondary Traumatic Stress (Disorder) and Self-Care, analyzing their entailment, considering the performance of professional family mediators.

In order to evaluate the impact of self-care on STS in a sample of family mediators, a psychoeducational intervention was carried out with the aim of increasing self-care behaviors on a personal and team level. Measures of STS levels were taken before and after the intervention.

Results indicated that self-care affected STS levels, given that there was a decrease of high and medium high levels of STS, along with an increase of low and medium low levels of STS after the intervention. In addition, it was concluded that the required competences for the performance of the mediator, constitute a risk factor for the emergence of STS and as such, Self-Care becomes both a preventive measure and treatment.

Keywords: secondary traumatic stress, self care, family mediators

Recepción del artículo 4 de agosto de 2014. Aprobación del artículo 22 de septiembre de 2014.

¹ Psicóloga. Diplomada en Mediación Familiar. Docente Universidad de Playa Ancha de ciencias de la educación. Correo electrónico: gabrielle.millon@upla.cl

Introducción

En los últimos años ha existido un creciente interés por investigar el estrés laboral en diversos tipos de profesionales de ayuda, lo que se ha visto reflejado en el aumento de publicaciones referidas al tema. Este interés por estudiar los efectos adversos de este tipo de trabajo, ha derivado en el estudio del Autocuidado como variable asociada a la prevención y tratamiento del desgaste laboral, por lo que se hace imperante abordar ésta problemática en diversos tipos de profesionales, especialmente en aquellos que adquieren un valor relevante en la resolución de conflictos a terceros, y que son en sí mismos una herramienta valiosa, disponible para las personas que precisen de ella.

Dentro de las posibles consecuencias adversas que se exponen en torno a los profesionales de ayuda, se destacan constructos como el síndrome de Burnout, presencia de sintomatología ansiosa e indicios de depresión, pero al parecer el Estrés Traumático Secundario, o como prefiere llamarlo Figley “*Fatiga por Compasión*”, es el síndrome que pone más en riesgo a éste tipo de trabajadores.

Ahora bien, en la actualidad existen escasos antecedentes empíricos vinculados al Estrés Traumático Secundario en el contexto de profesionales de ayuda, y más escasa aún en profesionales del área Judicial, a pesar de que en la revisión de las investigaciones relacionadas al tema, se enfatiza en la necesidad de expandir el área, y enfocarse en profesionales que también estén en constante relación con problemáticas altamente estresantes, como por ejemplo los trabajadores sociales, periodistas y jueces.

Por otro lado, al revisar el campo de la traumatología, se advierte que cientos de informes sobre personas traumatizadas excluye a aquellos traumatizados indirectamente o en forma secundaria, focalizándose sólo en los traumatizados directos (es decir las víctimas), aun cuando la descripción de lo que constituye un evento traumático, claramente sugiere que el simple conocimiento de que una persona ha sido expuesta a un evento traumático, puede ser traumatizante.

Así mismo, diversos autores indican que los efectos de la exposición secundaria a eventos traumáticos son equivalentes a los efectos de la exposición directa, ya que incluye la misma sintomatología correspondiente al trastorno por estrés postraumático, con la única diferencia que

quien padece esta sintomatología es el profesional que ha atendido a la víctima directa. Desde éste planteamiento radica la importancia de estudiar éste síndrome, con el fin de delimitar con claridad tanto los aspectos personales como los diversos tipos de contextos que incidirían en mayor nivel a padecerlo. De esta manera se podría prevenir la emergencia del trastorno y/o pesquisarlo de forma prematura, a través de herramientas comprobadamente efectivas para estos casos y alcanzables para todo tipo de contexto.

Es de gran importancia entonces, contribuir con el estudio del síndrome, puesto que más allá del tipo de contexto en el que éste emerja, las consecuencias de padecerlo pueden llegar a implicar importantes desequilibrios en la estructura de la vida del sujeto y por ende requerir adaptación a la nueva realidad personal.

Es importante precisar que dentro de las concepciones más utilizadas por los autores, el Estrés Traumático Secundario, es entendido como el efecto de una exposición continua a manifestaciones emocionales de personas traumatizadas o que se encuentran inmersas en situaciones especialmente estresantes. Desde ésta concepción, es posible que se vincule el término *trauma* a experiencias asociadas a muertes violentas, enfermedades terminales, abusos sexuales, violencia, etc., por lo mismo es que podría parecer inadecuado vincular este término a temáticas tratadas en procesos de mediación. Esta discriminación, aun cuando pueda ser común, no corresponde a lo concebido por diversos estudios que sostienen que las consecuencias de una ruptura de pareja y los procesos legales que se emprenden producto de ella (determinación de alimentos, relación directa y regular y tuición), constituye una de las experiencias más traumáticas y amargas que un ser humano puede sufrir (Pérez, 2005), comparándose incluso, con la sintomatología manifestada ante experiencias de muerte de un ser querido.

Ahora bien, en el camino por desarrollar éste tipo de estrés, surge también la necesidad de búsqueda de medios efectivos para hacer frente a la problemática.

En éste sentido y en base a la bibliografía revisada, el Autocuidado se considera altamente beneficioso para el bienestar psicológico de las personas, más allá del contexto en el que éste se practique e indiferente de la problemática a la que se desee hacer frente, esta herramienta debiera ser potenciada, principalmente en contextos laborales donde se desprenden elementos particularmente estresantes.

De acuerdo a ésta idea, diversos estudios han considerado que el autocuidado tiene como efecto común la disminución del desgaste laboral, por lo tanto, se asocia la emisión de conductas de autocuidado con bajos niveles de desgaste laboral en cualquiera de sus dimensiones. Desde esta mirada, el autocuidado corresponde a un constructo psicológico molecular, ligado estrechamente a aspectos observables y medibles en forma directa.

De este modo, el autocuidado es considerado, por una parte, como uno de los factores principales para aumentar los aspectos positivos y los recursos físicos, intelectuales y sociales y, por otra, como un mecanismo potencial en la prevención del desgaste laboral en contextos profesionales especialmente ligados al trauma, como es en este caso, la mediación familiar.

Algunas consideraciones de la Mediación Familiar en Chile

Según lo dispuesto en la ley número 19.968, vigente a partir de Octubre de 2005, crea los tribunales de familia y consagra en su título v, la Mediación Familiar como un sistema de resolución de conflicto en el que un tercero imparcial, sin poder decisorio, llamado mediador(a), ayuda a las partes a buscar por sí mismas una solución al conflicto y sus efectos, mediante acuerdos.

Los asuntos de familia, se caracterizan por su alto contenido afectivo, por la existencia de causas generadoras del conflicto en ocasiones de antigua data, y por la necesidad del mantenimiento del vínculo entre las partes. El método del litigio judicial, que incorpora un sistema de ataque y defensa, e incluso de prueba sobre aspectos muy íntimos de la familia, trae como consecuencia una profundización del conflicto.

A partir de las diversas fuentes revisadas que se pronuncian formalmente en torno a las características del mediador familiar y al contexto de la Mediación, se destaca lo siguiente:

- El mediador no tiene poder decisorio sobre las partes y su función es exclusivamente facilitadora en cuanto a la comunicación de los intervinientes en lo referente a la búsqueda de acuerdos, (Art. 106, Ley 19.968).
- El mediador debe ser imparcial en relación a los participantes, debiendo abstenerse de promover actuaciones que comprometan dicha condición. Si tal imparcialidad se viere afectada por cualquier causa, deberán rechazar el caso, justificándose ante el juzgado que corresponda, (Art. 106, Ley 19.968).

- El perfil del mediador requiere de las siguientes capacidades: confiable, buen oyente, perceptivo, capacitación específica y entrenamiento en el tratamiento interdisciplinario de la problemática familiar, poseedor de una seria intención de ayudar, hábil para la comunicación, flexible, neutral, imparcial, sigiloso (respeto de la confidencialidad y de las normas éticas que le impiden violar cualquier secreto), creativo, paciente y conciliador, (Rebolledo, 2009).
- Una de las características distintivas de la mediación familiar, recae, por una parte en el modo en que se expone el conflicto (desde las partes), y por otra, en la forma en que se percibe el conflicto (desde el mediador). En este sentido se distingue de otros contextos profesionales, (Psicoterapia, Medicina, Abogados, entre otros), en donde la búsqueda de la solución fluctúa entre el dialogo entre una de las partes afectadas (paciente/cliente) y el profesional de ayuda, mientras que en la mediación, la búsqueda de equilibrio a través de negociaciones, se lograría precisamente porque ambos contendientes comparten la totalidad de la información necesaria para resolver el caso (Rebolledo, 2009).

Estrés Traumático Secundario

De acuerdo a la revisión teórica y empírica del Estrés Traumático Secundario, es posible apreciar cómo el término ha ido tomando relevancia a partir de la creciente aparición de sintomatología asociada al trastorno en diversos contextos profesionales, especialmente en aquellos que se vinculan directamente con temáticas altamente estresantes.

Sin perjuicio de los avances en torno a la delimitación del trastorno y aun cuando han proliferado paulatinamente los estudios enfocados al Estrés Traumático Secundario, los antecedentes son todavía insuficientes, de ahí la necesidad de continuar investigando en torno a él.

En la actualidad el Estrés Traumático Secundario, está contemplado dentro de los criterios para el diagnóstico del Estrés Postraumático en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM IV-TR.

Ahora bien, en relación a la conceptualización del trastorno y los modelos que explican el ETS, es posible aseverar que, aunque no se han elaborado nuevas definiciones o encuadres explicativos del ETS, aún se mantienen vigentes las acepciones formuladas años atrás por

algunos autores, las que además son consideradas dentro del marco de referencia conceptual, de diversos estudios que contemplan la variable.

Los autores a los que hacemos referencia, han desarrollado modelos que explican varios de los aspectos relacionados con la naturaleza del ETS (Beaton y Murphy, 1995, Dutton y Rubinstein, 1995, Figley, 1995) como síndrome característico de los profesionales de la ayuda.

Todos ellos explican los efectos de trabajar con personas víctimas de algún trauma; complementariamente, describen cómo y por qué algunas personas desarrollan Estrés Traumático Secundario, mientras que otras no muestran síntomas o presentan sólo algunos indicios aislados.

En el núcleo de la mayoría de estas teorías se encuentra el concepto central de empatía. La empatía, es el recurso principal de aquellos que trabajan con el trauma (Figley, 1995); esta habilidad emocional es importante tanto al momento de valorar el problema, como para formular un tratamiento adecuado, y la investigación en ETS sugiere que es un factor fundamental cuando se padece el síndrome, presentando una sintomatología similar a la de la víctima (Figley, 1995)

Por otra parte, cabe destacar que a partir del establecimiento del estrés postraumático como cuadro clínico diagnosticable según los criterios del DSM-IV-TR, se ha desarrollado, desde una perspectiva multidimensional, algunos instrumentos de evaluación y diagnóstico de este trastorno con el objeto de aumentar la precisión del mismo (Orr, Pitman, Lasko y Herz, 1993).

El desarrollo de instrumentos de evaluación y diagnóstico del ETS está empezando a dar frutos, y si bien el camino hacia una mayor precisión en la evaluación de este síndrome se prevé largo y dificultoso, habrá que confiar en que el aumento del número de estudios realizados y la proliferación de investigaciones al respecto llegará a buen término, logrando de este modo instrumentos válidos y fiables (Moreno-Jiménez, Garrosa, Morante, Rodríguez y Losada, 2004).

Autocuidado como respuesta al desgaste laboral

En relación al Autocuidado, la literatura ofrece una amplia gama de definiciones conceptuales y operacionales, y pese a que son diferentes, en todas ellas se hace referencia al autocuidado como un proceso en el cual el terapeuta interviene en la promoción, prevención y tratamiento de su propia salud (Figley, 2002, Hesse, 2002, Pearlman y Saakvitne, 1995, Richardson, 2001, Saakvitne y Pearlman, 1996).

El Autocuidado es un término que surgió de Orem en 1930, quien lo definió como aquellas actividades que realizan los individuos, familias, grupos y comunidades con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe y restablecer la salud, cuando es necesario (Orem, 1993)

En la actualidad, el término no discrepa de la conceptualización original, sino más bien se expande, abarcando elementos que le otorgan mayor amplitud en el campo de acción.

Dentro de los elementos que se mencionan, se destaca la delimitación de estrategias de autocuidado y la elaboración de modelos explicativos del término, a partir de distintas perspectivas y/o contextos de estudio.

Además, se han desarrollado diversos estudios en torno al Autocuidado, lo que ha llevado a concluir que su práctica contempla altos beneficios, centrados principales en el aumento de los afectos positivos y los recursos físicos, intelectuales y sociales en el psicólogo clínico (Radey y Figley, 2007).

Por otra parte, es muy utilizada la concepción elaborada por Richardson (2001), quien define el Autocuidado como un mecanismo potencial en la prevención del desgaste laboral.

En torno a las estrategias de Autocuidado se distinguen las de nivel personal, definidas como aquellas que el profesional puede realizar en su vida privada y las de nivel profesional son las desarrolladas en el contexto laboral. Para Pearlman y Saakvitne (1995), a nivel personal las estrategias de autocuidado de los terapeutas deben estar centradas en la identificación de “actividades sanadoras”, es decir, actividades que disminuyan el estrés laboral. Entre estas actividades, diversos autores incluyen el ejercicio físico (Pettit, Grover y Lewinsohn, 2007), mantener una sana alimentación (Gentry, 2003), tomar tiempos libres y participar en actividades de crecimiento espiritual, participar como paciente en psicoterapia (Hesse, 2002), y participar en actividades recreativas fuera del trabajo (Salston y Figley, 2003, Stamm, 2002, Valent, 2002).

Las estrategias profesionales incluyen la necesidad de evitar el trabajo en solitario, la posibilidad de establecer relaciones laborales de apoyo con otros profesionales (Barudy, 1999, Santana y Farkas, 2007), la necesidad de mantener una vida laboral equilibrada, dejando tiempo entre las sesiones y manteniendo otras actividades profesionales diferentes a la atención directa de casos (Pearlman y Saakvitne, 1995).

Otros autores señalan la necesidad de supervisar los casos, utilizar el sentido del humor dentro del ambiente laboral y adquirir experiencia profesional a través de la capacitación y de la práctica laboral (Rosenbloom, Pratt y Pearlman, 1999). Además, se pone énfasis en la mantención de adecuadas condiciones salariales (Santana y Farkas, 2007) y la implementación de un espacio físico adecuado para realizar psicoterapia (Rosenbloom et al., 1999, Santana y Farkas, 2007).

Aun cuando la literatura expone una amplia gama de estrategias de autocuidado, todas ellas poseen la cualidad de ser conductas ejecutadas, ya sea por el propio profesional, por el equipo de trabajo o bien por los directivos de la organización.

Desde este punto de vista, se define al autocuidado como una operante funcional, es decir, como un conjunto de conductas específicas que al ser emitidas generan un mismo efecto (Cooper, Heron y Heward, 2006). En este caso, las conductas de autocuidado tienen como efecto común la disminución del desgaste laboral, por lo tanto, se espera que la alta emisión de conductas de autocuidado se asocie a bajos niveles de desgaste laboral en cualquiera de sus dimensiones.

Desde esta mirada, el autocuidado corresponde a un constructo psicológico molecular, ligado estrechamente a aspectos observables y medibles en forma directa.

Es así como la idea de generar planes de autocuidado a profesionales de ayuda ha ganado aceptación en la literatura (Saakvitne y Pearlman, 1996), subrayándose la necesidad de conocer y aplicar pasos prácticos para minimizar el impacto negativo de su trabajo (McLean, Wade y Encel, 2003).

Método

Participantes

Para este estudio participaron 8 Mediadores de Familia pertenecientes a un Centro de Mediación Familiar de la ciudad de Viña del Mar.

Participaron seis mujeres y dos hombres, en los que es posible distinguir a cuatro Abogados, tres Trabajadores Sociales y un Psicólogo. Las edades de los profesionales fluctúan entre 30 y 58 años de edad con una media de 5,5 años de experiencia como Mediadores Familiares.

Diseño

Este estudio corresponde a un diseño Pre experimental con pre y post test, puesto que se realiza una intervención psicoeducativa que busca incrementar la frecuencia en la emisión de conductas de Autocuidado en la muestra, con el fin de determinar la relación con el nivel de Estrés Traumático Secundario, por lo que se efectúan evaluaciones antes y después de dicha intervención.

Instrumentos

Se utilizó el cuestionario de estrés traumático secundario (Moreno-Jiménez et al., 2004) el cual se compone de 14 ítems puntuables a través de una Escala Likert con 2 opciones de respuesta que van de “*Totalmente en Acuerdo*” a “*Totalmente en Desacuerdo*”. Esta escala considera tres dimensiones: (a) la subescala fatiga por compasión, que evalúa el grado de agotamiento físico y emocional que el profesional de ayuda padece debido a la labor asistencial y de auxilio que realiza; (b) la subescala trauma secundario, evalúa reacciones de estrés postraumático relacionado con el trabajo o con la exposición a material altamente estresante del cuidado, y en ella se recogen reacciones de tipo cognitivas y emocionales, de acuerdo a la clasificación que establece el DSM-IV-TR, y (c) la dimensión sacudida de creencias, que hace referencia al cambio de creencias y valores que puede tener lugar tras el trauma, que ha sido identificado como uno de los elementos nucleares des estrés postraumático (Janoff-Bulman, 1992).

Para la interpretación del instrumento se consideran tres factores. En el factor I se agruparon los reactivos 2, 3, 4 y 5, que evalúa síntomas de fatiga por compasión; en el factor II, los reactivos 1, 10, 11, 12,13 y 14, que evalúan síntomas de trauma secundario, y en el factor III , los reactivos 6,7,8 y 9, que evalúan síntomas relacionado con la sacudida de creencias.

Resultados

Indicadores generales de ETS

De acuerdo a los resultados totales, el cuestionario de Estrés traumático secundario arroja en primera instancia, que más del 60% de los profesionales se encuentra en los niveles bajo y medio bajo (ver Tabla 1) lo que se incrementa posteriormente en un 10% aproximadamente. En los niveles medio alto y alto se encuentra menos del 20% de la muestra total, lo que desciende

moderadamente a partir de la segunda aplicación. Cabe destacar que en los niveles alto y medio-alto de ETS, se concentran principalmente en la subescala Trauma Secundario, en donde el total porcentual del nivel alto, corresponde a ésta dimensión.

Además es posible observar una concentración considerable en los niveles medio alto y medio bajo de ETS en la subescala Sacudida de Creencias, con un leve decremento en la segunda instancia de medición.

Por último, la dimensión Fatiga por Compasión se concentra en niveles medio bajo y bajo, con una mínima incidencia de respuesta en la primera instancia de aplicación en el nivel medio alto lo que posteriormente desciende a 0.

Tabla 1
Cuestionario de Estrés Traumático Secundario, resultados pre y post test por dimensión.

Nivel	Fatiga por Compasión		Trauma Secundario		Sacudida de Creencias		Total	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
<i>Alto</i>	0%	0%	18.7%	16.6%	0%	0%	6.2%	5.5%
<i>Medio Alto</i>	3.1%	0%	41.6%	37.5%	28.1%	25%	24.2%	20.8%
<i>Medio Bajo</i>	31.2%	18.7%	25%	35.4%	59.3%	56.2%	38.5%	36.7%
<i>Bajo</i>	65.6%	81.2%	12.5%	16.6%	12.5%	18.7%	30.2%	38.8%

Respecto de la dimensión Fatiga por Compasión, es posible observar que la mayor parte de la muestra presenta niveles bajos y medio bajos respecto del agotamiento físico y emocional (ver Tabla 2). Los reactivos involucrados en esta subescala apuntan a valorar el grado de cansancio generalizado además de incluir factores de motivación respecto del trabajo realizado como mediadores de familia.

Tabla 2
Cuestionario de Estrés Traumático Secundario, resultados pre y post test, subescala Fatiga por Compasión.

		Bajo	Medio bajo	Medio alto	Alto
		%	%	%	%
Ítem 2	Pre	87.5	12.5	0	0
	Post	87.5	12.5	0	0
Ítem 3	Pre	75	25	0	0
	Post	87.5	12.5	0	0
Ítem 4	Pre	87.5	12.5	0	0
	Post	87.5	12.5	0	0
Ítem 5	Pre	12.5	75	12.5	0
	Post	62.5	37.5	0	0
Total	Pre	65.6	31.2	3.1	0
	Post	81.2	18.7	0	0

Los resultados derivados subescala Trauma Secundario, muestra en primera instancia un alto grado de concentración en los niveles medio alto, descendiendo moderadamente en una segunda tentativa (ver Tabla 3), lo que refleja un importante nivel de reacciones de tipo cognitivas y emocionales vinculadas al estrés postraumático. Considerando los reactivos incluidos para esta dimensión, es posible sostener que los profesionales recuerdan de manera muy clara algunas de las imágenes, personas y o casos más significativos que les ha tocado mediar, además de afirmar que en algunas intervenciones, pueden llegar a experimentar emociones de todo tipo.

Tabla 3

Cuestionario de Estrés Traumático Secundario, resultados pre y post test, subescala Trauma Secundario.

		Bajo %	Medio bajo %	Medio alto %	Alto %
Ítem 1	Pre	37.5	50	12.5	0
	Post	50	50	0	0
Ítem 10	Pre	25	12.5	50	0
	Post	25	37.5	25	50
Ítem 11	Pre	12.5	0	37.5	50
	Post	12.5	0	75	12.5
Ítem 12	Pre	0	37.5	50	12.5
	Post	12.5	37.5	37.5	12.5
Ítem 13	Pre	0	25	50	25
	Post	0	37.5	50	12.5
Ítem 14	Pre	0	25	50	25
	Post	0	50	37.5	12.5
Total	Pre	12.5	25	41.6	18.7
	Post	16.6	35.4	37.5	16.6

Finalmente en la dimensión Sacudida de Creencias la concentración porcentual estuvo en primera instancia en los niveles medio bajo y medio alto, y sin perjuicio del leve descenso posterior, se mantuvo el mayor nivel de respuesta en dichos parámetros (ver Tabla 4).

Tabla 4

Cuestionario de Estrés Traumático Secundario, resultados pre y post test, subescala Sacudida de Creencias.

		Bajo %	Medio bajo %	Medio alto %	Alto %
Ítem 6	Pre	12.5	62.5	25	0
	Post	25	50	25	0
Ítem 7	Pre	0	75	25	0
	Post	0	87.5	12.5	0
Ítem 8	Pre	0	50	50	0
	Post	0	50	50	0
Ítem 9	Pre	37.5	50	12.5	0
	Post	50	37.5	12.5	0
Total	Pre	12.5	59.3	28.1	0
	Post	18.7	56.2	25	0

De acuerdo a los reactivos involucrados, es posible decir que el trabajo de mediación familiar ha influido en la modificación y o cuestionamiento del sistema de creencias de los profesionales, especialmente vinculado a la pérdida de confianza en la relaciones humanas.

Discusión

Actualmente es posible apreciar, incluso más allá del campo de la Psicología, cómo la sociedad tiende a la búsqueda del conocimiento y profundización de los fenómenos que constituyen el origen del malestar psicológico y/o sufrimiento humano a nivel individual y grupal con el fin de desarrollar acciones pertinentes que favorezcan el bienestar psicológico.

En este afán se ha abordado el Autocuidado como respuesta al ETS desde el campo de la mediación familiar, área que no ha sido incluida en estudios de este tipo, a pesar de la necesidad creciente que existe hoy en día.

Desde los objetivos planteados para este estudio se puede aseverar que el autocuidado surge como un medio eficaz y positivo frente al Estrés Traumático Secundario. El análisis de esta relación será desarrollado a continuación, en base a los antecedentes teóricos y a los resultados de la intervención que se llevó cabo en la muestra de mediadores de familia.

De acuerdo a los resultados arrojados de la muestra, más de la mitad de los profesionales presentaron niveles bajo y medio bajo de ETS en primera instancia de aplicación, lo que aumentó moderadamente luego de la intervención orientada a incrementar la frecuencia en la emisión de conductas de Autocuidado personal y grupal.

Estos resultados no solo nos permiten confirmar las propuestas teóricas de diversos autores respecto del impacto del Autocuidado en distintos tipos de desgaste laboral, sino que también nos lleva a cuestionamientos respecto del conocimiento que poseen los profesionales de ayuda, en torno a los signos de alerta vinculados al ETS u otro tipo de desgaste laboral.

En relación a los profesionales incluidos en la muestra, no reconocieron inicialmente la presencia de sintomatología asociada al desgaste laboral, y no tenían conocimiento acabando en torno al Estrés Traumático Secundario, aunque si afirmaban que varias de las características requeridas para el rol del mediador, podrían incidir efectivamente en la emergencia del trastorno.

En este sentido, la cultura corporativa y las acciones desplegadas dentro del sistema de mediación familiar chileno, no contempla los procesos emocionales como un factor preponderante en el desarrollo de la mediación. Nos encontramos con políticas principalmente vinculadas a la evaluación de los profesionales en términos de conocimiento técnicos y no con acciones ligadas al desarrollo de las habilidades emocionales que se requieren para el buen desempeño. Esto refractaría la valoración emocional también por parte de los profesionales, dificultando la identificación de las respuestas emocionales y los síntomas de Estrés Traumático Secundario u otro tipo de desgaste laboral, lo que tardaría la implementación de acciones atingentes como medio de prevención o tratamiento.

Por otra parte y en base a la revisión bibliográfica realizada en torno al estrés traumático secundario, llama la atención el intento por graficarlo a través de la frase "*El coste de cuidar*", utilizado por distintos autores, pues en ella se condensan una serie de competencias, aptitudes, motivaciones e incluso esperanzas, que se ven damnificadas en el intento de ayudar a otro.

Es relevante entonces, detenerse en las implicancias éticas profesionales, que conllevaría el entendimiento profundo en torno a este tipo de trastornos, desde su concepción más humana y desde ahí, aproximarnos a las repercusiones que conlleva su padecimiento, concibiéndose como una remecida emocional, que puede llegar a alterar el bienestar psicológico, físico y espiritual del profesional, afectando además a su entorno, a la organización a la que pertenece y los beneficiarios de su trabajo.

De acuerdo a los resultados arrojados por dimensiones, la subescala fatiga por compasión presenta niveles bajos y medio bajos en relación a los otros ítems. Se distingue agotamiento físico y emocional reflejado en cierto grado de desconcentración y tensión muscular, síntomas que los profesionales no atribuyen exclusivamente al trabajo de mediación, sino a otras actividades que realizan durante su jornada laboral, vinculadas a su primera profesión.

De la subescala trauma secundario, se percibe una concentración en el nivel medio alto, considerando las reacciones propias del estrés postraumático, de acuerdo a la clasificación que establece el DSM-IV-TR, donde se manifiesta cierta dificultad para concentrarse y conciliar el sueño e Hipervigilancia, principalmente después de la exposición a conflictos con un alto nivel de desborde emocional.

De acuerdo al tipo de trauma al que se exponen los mediadores y según lo que sostienen diversos estudios, es posible decir que las consecuencias de una ruptura de pareja y los procesos legales que se emprenden producto de ella, constituye una de las experiencias más traumáticas y amargas que un ser humano puede sufrir (Pérez, 2005), comparándose incluso, con la sintomatología manifestada ante experiencias de muerte de un ser querido.

En este sentido, la empatía emerge como eje central en la incidencia del trastorno, considerando además que es uno de los recursos principales de aquellos que trabajan con traumas y de clara importancia tanto a la hora de valorar el problema como de formular un tratamiento adecuado.

Los estudios sugieren que precisamente la empatía, como recurso básico del profesional, puede ser un factor de vulnerabilidad a la hora de padecer el síndrome, de forma que genera en el profesional una sintomatología similar a la de la víctima (Figley, 1995).

De acuerdo a la dimensión sacudida de creencias, se percibe una concentración en los niveles medio bajo y medio alto, lo que tuvo un leve descenso en la evaluación posterior. Este aspecto ha sido identificado como uno de los elementos nucleares del estrés postraumático (Janoff -Bulman, 1992), y unos de los puntos, considerados por los profesionales, más complejos de abordar, ya que la remoción de creencias conlleva un proceso paulatino que fácilmente se invisibiliza.

Las principales temáticas que rodean los conflictos tratados en mediación, se originan principalmente de las relaciones quebradas de parejas y/o familias y el hecho de verse expuestos regularmente a este tipo de conflictos, conllevaría un cuestionamiento constante en torno a cómo funciona la vida, las personas y el mundo en general. Cabe preguntarse entonces, qué estrategias se utilizarían, en qué contextos y de qué modo debieran llevarse a cabo para que el sentido y la inspiración del trabajo que se realizaba vuelva y se renueve en el sujeto y en los equipos de trabajo.

En conclusión, el Autocuidado representa un medio eficaz de respuesta ante en Estrés Traumático Secundario, pues de acuerdo a los datos arrojados de la muestra de mediadores familiares, los niveles de ETS disminuyeron moderadamente luego de la intervención realizada al equipo de trabajo.

Cabe destacar que al indagar en la percepción de los participantes respecto de la intervención realizada, enfatizaron en el beneficio que les reportó la apertura de instancias colectivas, pues

favoreció el vínculo entre los profesionales e impulso la necesidad de dialogo y de generar momentos de recreación fuera del ambiente laboral.

De esta manera, al hablar de desgaste profesional, lo que estamos diciendo es que la sintomatología descrita no es un problema de trastornos psicológicos individuales, sino que se trata de reacciones que presentan todas las personas que trabajan en contacto con temáticas altamente estresantes o traumáticas y en determinadas condiciones laborales. Pone de relieve el concepto de factores protectores, la necesidad de cuidarse para cuidar a otros y la responsabilidad ética de los profesionales por considerar y profundizar en la sintomatología de este tipo de trastorno que, muy comúnmente, tiende a la confusión lo que conlleva muchas veces a elaborar medios de respuesta inadecuados e ineficaces para la problemática.

Para finalizar, se plantean como futuras líneas de investigación, estudios apuntados a la indagación de otros medios de respuesta o afrontamiento eficaces para el Estrés Traumático Secundario, considerando los factores de riesgo asociados al trastorno y en miras a contrastar los distintos medios de abordaje, tomado en cuenta los niveles de efectividad de cada uno en relación a las características de diversos contextos profesionales.

Por último, sería relevante investigar en torno a los factores de riesgo en la incidencia del Estrés Traumático Secundario, considerando la forma de exposición al trauma y el tipo de abordaje (desde la decisión, sugerencia, guía, neutralidad, etc.), en distintos profesionales del área social y judicial (Jueces, Trabajadores Sociales, Psicólogos, entre otros).

Referencias

- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Santiago: Ed Galdoc.
- Beaton, R. D., & Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: Research implications. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, (pp. 51-81). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2006). *Applied behavior analysis* (2^a ed.). Nueva York: Prentice Hall.

- Dutton, M. A., & Rubenstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82-100). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (pp. 1-20). Nueva York: Brunner/Mazel, Publishers.
- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Gentry, J. E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2 (2), 4-17.
- Hesse, A. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30 (3), 293-309. doi: 10.1023/A:1016049632545
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. Nueva York: Free Press.
- Ley N° 19.968. Santiago, Chile.
- McLean, S., Wade, T. D., & Encel, J. (2003). The contribution of therapist beliefs to psychological distress in therapists: An investigation of vicarious traumatization, burnout and symptoms of avoidance and intrusión. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 31 (4), 417-428. doi: 10.1017/S135246580300403X
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Morante, M. E., Rodríguez, R., & Losada, M. M. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica*, 22 (1), 69-76. Disponible en: <http://teps.cl/2004/el-estres-traumatico-secundario-evaluacion-prevencion-e-intervencion>
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería.

- Orr, S., Pitman, R., Lasko, N., & Hertz, L. (1993). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in World War II and Korean combat veterans. *Journal of Abnormal Psychology, 102* (1), 152-159. doi: 10.1037/0021-843X.102.1.152
- Pearlman, L., & Saakvitne, K. (1995). Treating therapist with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorders in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Pérez, M. (2005). El hijo de padres separados. *Pediatría Integral, IX*, 673-680.
- Pettit, J., Grover, K., & Lewinsohn, P. (2007). Interrelations between psychopathology, psychosocial functioning, and physical health: An integrative perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7* (2), 453-476. Disponible en http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-231.pdf
- Radey, M., & Figley, C. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal, 35* (3), 207-214. doi: 10.1007/s10615-007-0087-3
- Rebolledo, V. (2009). *La Mediación en Chile: Desarrollo, Resultados y Desafíos*. (Tesis de Magister) Universidad de Chile. Disponible en <http://tesis.uchile.cl/handle/2250/102206>
- Richardson, J. (2001). *Guidebook on vicarious trauma: Recommended solutions for anti violence workers*. Ottawa: Health Canada.
- Rosenbloom, D., Pratt, A., & Pearlman, L. (1999). Helper's responses to trauma work: Understanding in an intervening in an organization. En B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (2^a ed., pp. 65-79). Baltimore, MD: Sidran Institute Press.
- Saakvitne, K., & Pearlman, L. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization for helping professionals who work with traumatized clients*. Nueva York: Norton & Company.
- Salston, M., & Figley, C. (2003). Secondary traumatic stress: Effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress, 16* (2), 167-174.

- Santana, I., & Farkas, C. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *Psyke*, 16 (1), 77-89. doi:10.4067/S0718-222820070001000249
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. En C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion and fatigue* (pp. 107-122). Nueva York: Brunner- Routledge.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. En C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion and fatigue* (pp. 107-122). Nueva York: Brunner- Routledge.