

Autocuidado y cuidado de equipos que trabajan con niños vulnerados Self-care and Care of Teams that Work with Children Mistreatment or Neglected

Valeria Arredondo, Tamara Díaz, Natalia Calavacero, & Cristóbal Guerra
Centro de Estudios en Infancia, Adolescencia y Familia, ONG Paicabi, Viña del Mar, Chile

El objetivo del presente estudio fue explorar la perspectiva de los trabajadores de centros de atención especializada en materias de infancia respecto a los riesgos laborales y las estrategias de autocuidado más efectivas para hacerles frente. El estudio fue de carácter mixto. En la fase cualitativa participaron 69 profesionales de 19 centros especializados en intervención con niños que han sufrido vulneración grave de derechos. En la fase cuantitativa lo hicieron 129 profesionales de esos mismos centros. Los resultados muestran riesgos laborales variados, resultando más frecuentes los riesgos emocionales asociados al trabajo con población altamente traumatizada y a la sobrecarga laboral. En menor frecuencia se reportan riesgos físicos vinculados a posibles agresiones de los usuarios, accidentes laborales o infraestructura inadecuada. Los profesionales valoran positivamente tanto las estrategias de autocuidado individual como las estrategias de cuidado al interior del equipo y a nivel institucional. Estos resultados destacan la necesidad de aumentar los esfuerzos por favorecer la salud de los profesionales que trabajan con niños con historia de vulneración grave de derechos.

Palabras clave: cuidado de equipos, autocuidado, desgaste laboral, riesgos laborales, infancia.

The aim of this study was to explore the perspective of the professional teams, specialized in the support of children who suffered abuse and neglect, regarding occupational risks and self-care strategies. The research design contemplated a qualitative phase and a quantitative phase. In the qualitative phase, 69 professionals from 19 centres participated. In the quantitative phase, 129 professionals from these same centres participated. The results show varied occupational risks. The most frequent were the emotional risks associated with the support given to a highly traumatized population and the excess of work. Less frequently, the professionals reported physical risks linked to the possibility to suffer physical aggressions (from the children assisted or their family members), and the possibility to suffer work accidents or injuries associated with inadequate infrastructure in the place of job. The professionals evaluated in a positive way the personal strategies of self-care, the strategies within the team, and at the institutional level. These results highlight the need to increase efforts to promote the health in professionals who work with children with a history of serious rights violations.

Keywords: Care of teams, self-care, work stress, occupational hazards, childhood.

Contacto: V. Arredondo Ossandón. 11 Norte 967 Viña del Mar, Chile. Correo electrónico: valeria.arredondo@paicabi.cl

Cómo citar: Arredondo, V., Díaz, T., Calavacero, N., & Guerra, C. (2017). Autocuidado y cuidado de equipos que trabajan con niños vulnerados. *Revista de Psicología*, 29(1), 1-19.
<http://dx.doi.org/>

Introducción

En Chile, la intervención con niños que han sufrido vulneración de derechos se organiza en equipos interdisciplinarios, principalmente psicosociales (Santana & Farkas, 2007). El gobierno de Chile, a través del Servicio Nacional de Menores (Sename) financia diferentes programas especializados ejecutados por organizaciones no gubernamentales (ONG). Dentro de los programas se destacan: programas de intervención con adolescentes que presentan conductas sexuales abusivas (PAS); programas de atención a menores de 18 años que han sufrido explotación sexual comercial (PEE); programas especializados en situaciones de vulneración de derechos (PIE); programas especializados en maltrato y abuso sexual infantil (PRM) (Sename, 2018).

Los equipos profesionales que trabajan en estos programas se encuentran expuestos a un contexto laboral de riesgo, debido al tratamiento de temáticas con alta carga emocional y a la alta exigencia de parte de las instituciones que administran y financian estos centros (Haz, Bilbao, & Canales, 2012). Para Moreno Jiménez (2011), esto debiera analizarse desde la perspectiva de los factores psicosociales de riesgo en el trabajo. Para este autor, estos factores serían variados (desde las condiciones laborales y salariales precarias, hasta el mal clima laboral y la alta demanda emocional del trabajo), y estarían afectando negativamente la salud física y psicológica de los trabajadores.

Diversos autores señalan que, en el caso específico de trabajos en que prima la relación de ayuda, puede llegar a manifestarse un síndrome de desgaste laboral en los profesionales y trabajadores (Barudy, 2000; Arón & Llanos, 2004). Internacionalmente existe evidencia de que los trabajadores que se desempeñan en labores de ayuda — como en los programas psicosociales de atención a niños y adolescentes en Chile — tienen el riesgo de experimentar alto desgaste laboral, incluso mayor que en otros trabajos (Pinkney, 2011; Travis, Lizano, & Mor Barak, 2016).

En Chile, un estudio comparó el desgaste laboral entre profesionales que trabajaban con menores de edad que habían sufrido vulneraciones graves a sus derechos y profesionales que trabajaban en un contexto laboral más amplio (consulta particular, trabajo con pacientes adultos, trabajo en el sistema de salud pública). Los resultados muestran niveles

significativamente mayores de desgaste laboral en los profesionales que trabajan con niños vulnerados (Guerra & Pereda, 2015). Este alto desgaste en los profesionales que trabajan en el área de la victimización infantil se debería a que es más probable implicarse emocionalmente con esta población, ya que se trata de los miembros más vulnerables de la sociedad (Beaton & Murphy, 1995; Meyers & Cornille, 2002; Perry, 2003). A esto se le suma la dificultad asociada en el trabajo con casos altamente demandantes debido a su complejidad y a la escasez de recursos con los que cuentan los centros especializados para satisfacer la demanda creciente de atención (Barudy, 2000; Schöngut-Grollmus, 2017).

Hülshager y Schewe (2011) realizaron un metaanálisis que incluyó 95 artículos que analizaban los riesgos asociados a trabajos con una alta demanda emocional. Los resultados indican que existe una relación inversa entre la carga emocional en el trabajo, la sensación de bienestar y los resultados de desempeño de los trabajadores. Entre las manifestaciones más comúnmente asociadas al desgaste laboral se destacan el síndrome de burnout, caracterizado por una sensación de agotamiento emocional, sensación de reducido logro personal en el trabajo y tendencia a la despersonalización como forma de protegerse del impacto emocional del trabajo (Maslach, 1982). Por su parte, el desgaste por empatía o estrés traumático secundario (Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004) se produce por la conexión empática entre profesionales y usuarios. Estos profesionales sufrirían un contagio emocional que los llevaría a padecer sintomatología propia del estrés postraumático. El desgaste se da también a nivel del grupo de trabajo, pudiendo afectar el clima laboral y fragmentar el equipo (Aron & Llanos, 2004). El desgaste se asocia al aumento de licencias médicas, alta rotación del personal, sintomatología ansiosa, depresiva y aumento del consumo de alcohol o drogas (Vargas, 2010).

En coherencia con lo anterior, un estudio chileno reciente muestra que el 35,7% de los profesionales de centros psicosociales de apoyo a niños y adolescentes presenta alto agotamiento emocional asociado al trabajo y que el 50,3% recientemente había pensado en cambiarse de trabajo (Bilbao, Martínez-Zelaya, Pavez, & Morales, 2018). Esto afectaría la calidad del servicio entregado,

pues los procesos terapéuticos en curso pueden interrumpirse súbitamente (por licencias o rotación de personal) o realizarse de manera más deficiente, afectando el vínculo terapéutico fundamental para todo proceso reparatorio con niños traumatizados (Marrodan, 2010). A nivel de organización, la rotación trae como consecuencia la pérdida de la experticia en las problemáticas abordadas y la necesidad de destinar recursos en seleccionar y capacitar a nuevos profesionales continuamente (Vargas, 2010).

La situación específica en Chile sería aún más compleja ya que, tal como hacen notar diversos autores, las exigencias de los centros de apoyo a niños en situación de vulnerabilidad son variadas (exigencias desde el Estado, desde las instituciones que administran los centros, desde los tribunales de justicia y desde los propios casos que atienden) (Bilbao et al., 2018; Schöngut-Grollmus, 2017). Adicionalmente el Estado no estaría atendiendo satisfactoriamente las necesidades de estos profesionales, lo que atenta aún más contra su bienestar (Pavez et al., 2016).

Debido a lo anterior, se destaca la relevancia de las estrategias de autocuidado y cuidado de equipos. El autocuidado corresponde a la práctica de comportamientos dirigidos en beneficio de la propia salud y a la prevención del desgaste laboral (Guerra, Morales, Rodríguez, & Betta, 2008). Distintos autores han planteado que, entre las conductas de autocuidado se encuentran el ejercicio físico (Pettit, Grover, & Lewinsohn, 2007), la mantención de hábitos alimenticios saludables (Gentry, 2003), hacer un uso adecuado del tiempo libre (Salston & Figley, 2003) o participar como paciente en psicoterapia (Hesse, 2002). Por otro lado, un metaanálisis que incluyó 65 artículos agrega el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas para hacer frente al estrés laboral como factor protector o de autocuidado importante (McFadden, Campbell, & Taylor, 2015). Estas estrategias incluyen aceptar los riesgos y desafíos del trabajo, encontrar significado y un propósito al trabajo cotidiano, estar abierto a los cambios inesperados, mantener expectativas realistas, lograr un alto sentido de competencia y confianza en sí mismo, buscar el apoyo de otros, mantener una vida activa fuera del trabajo, informarse sobre el trauma y sus consecuencias, y cultivar el conocimiento de uno mismo y de la autoconciencia.

Mientras el autocuidado se sitúa como una responsabilidad individual, el cuidado de los equipos es responsabilidad de los directivos e instituciones (Arón & Llanos, 2004; Barudy, 2000). El cuidado de equipos se sustenta en la idea de cuidado mutuo, donde cada miembro aporta cuidado y protección a los otros miembros del equipo, esperando recibir lo mismo de ellos. A nivel de equipo se destacan: la necesidad de establecer relaciones laborales de apoyo (Santana & Farkas, 2007), mantener una vida laboral equilibrada (Pearlman & Saakvitne, 1995), recibir supervisión (Aguilar, 1996), tener buen clima laboral (Moran, 2002), y recibir capacitación continua para poder responder a la demanda propia de los casos (Rosenbloom, Pratt, & Pearlman, 1999). Además, se pone énfasis en las condiciones laborales adecuadas, a nivel salarial (Santana & Farkas, 2007) y respecto a las condiciones físicas del lugar de trabajo (Rosenbloom et al., 1999). El metaanálisis de McFadden et al. (2017) pone especial relevancia en la importancia del apoyo y supervisión social dentro del trabajo, la capacitación de los profesionales en materias relacionadas con bienestar infantil y el desarrollo de una cultura organizacional que favorezca el buen clima laboral. Estos autores destacan que estos factores promueven la resiliencia en trabajos de alta carga emocional.

Existe evidencia de una relación inversa entre la práctica del autocuidado y el desgaste laboral (burnout, estrés traumático secundario, depresión y ansiedad), así como una relación directa con la sensación general de bienestar en profesionales chilenos (Betta Olivares, Morales Messerer, Rodríguez Ureta, & Guerra Vio, 2007; Guerra Vio, Mújica Platz, Nahmias Bermúdez, & Rojas Vidal, 2011). Pese a lo anterior, a nivel práctico no existe consenso en los equipos de trabajo, directivos, instituciones sobre las formas más efectivas de cuidar a los equipos de trabajo. Adicionalmente, pese a que en Chile existen algunas investigaciones piloto que han evaluado el efecto positivo de las prácticas de cuidado y autocuidado en la salud de profesionales de ayuda (p.e., Guerra Vio, Fuenzalida Vivanco, & Hernández Morales, 2009), aún no se tiene un cuerpo de evidencia suficiente como para influir en la política pública y destacar la necesidad de que el Estado y las ONG inviertan en el cuidado de sus profesionales. Es más, Pavez et al., (2016) destacan que la política pública en Chile invisibi-

liza a los trabajadores de los programas psicosociales, lo que no solo afecta su propia salud, sino el trabajo que realizan con población altamente vulnerada. Es por esto que el presente estudio busca responder la pregunta siguiente: ¿cuáles son los riesgos laborales que enfrentan los trabajadores de centros de apoyo a la infancia y cuáles son las estrategias más efectivas para enfrentarlos? El objetivo del estudio fue explorar los riesgos laborales y las estrategias de autocuidado y cuidado de equipos más efectivos desde la perspectiva de los propios profesionales.

La relevancia de este estudio tiene que ver con la necesidad de prevenir el desgaste laboral en los trabajadores de los centros especializados, debido a que afecta la salud de estas personas y también, indirectamente, afecta a los usuarios. La expectativa es que la información que arroje este estudio sirva de complemento a la información ya disponible y visibilice más la importancia de incluir medidas para velar por el cuidado de los profesionales de programas psicosociales en Chile en la política pública nacional.

Método

Diseño

El presente estudio tiene un enfoque mixto con una fase cualitativa (exploratoria) y una segunda fase cuantitativa (descriptiva). Se decidió emplear este enfoque, debido a que se trata de un fenómeno complejo y se pretendió comprender los riesgos psicosociales bajo la perspectiva de los participantes (fase cualitativa) que permitiera desarrollar un instrumento cuantitativo para conocer la valoración que hacían de diferentes estrategias de autocuidado (fase cuantitativa). El objetivo fue generar evidencia más robusta que nutra a los programas de intervención e influya en la política pública. De este modo, el diseño mixto utilizado es el modelo para desarrollar instrumentos propuesto por Hamui-Sutton (2013).

Participantes

En la fase cualitativa participaron 69 profesionales de 19 centros especializados en las regiones de Coquimbo y Valparaíso (10,5% en centros PAS, 10,5% en PEE, 15,8% en PIE y 63,2% en PRM). El 75,4% de sexo femenino y el 24,6% de sexo masculino. Los participantes eran mayorita-

riamente trabajadores sociales (40,6%) y psicólogos (39,1%). En menor proporción participaron educadores (14,5%), asesores técnicos (2,9%), secretaria (1,4%) y terapeuta ocupacional (1,4%).

En la fase cuantitativa participaron 126 profesionales de los mismos centros que en la fase anterior (20,6% de sexo masculino y 79,4% de sexo femenino; edades entre 23 y 61 años, $M = 33,7$ años; $DT = 6,5$ años). Los participantes eran trabajadores sociales (37,3%), psicólogos (36,5%), educadores (7,2%), asesores técnicos (6,3%), personal administrativo (6,3%), directores (2,4%), abogados (2,4%) y terapeutas ocupacionales (1,6%).

En ambas fases los criterios de inclusión fueron amplios, ya que se incluyó a todo trabajador que tuviera contacto directo con los niños y sus familias que voluntariamente quisiera participar del estudio. Se incorporó en el estudio a profesionales de distintas disciplinas y a personal administrativo. Se incluyó a los administrativos, ya que por las características del trabajo de alta complejidad ellos también se ven expuestos a los riesgos emocionales y físicos del trabajo (recibir relatos de situaciones complejas en sala de espera, por teléfono, recibir amenazas, etc.), y son parte activa del equipo de cada centro. Cabe destacar que en la fase cualitativa se excluyó a directores y supervisores de los centros para no generar deseabilidad social y favorecer conversaciones honestas en un espacio de seguridad para los trabajadores.

Instrumentos

En la fase cualitativa se realizaron 11 grupos focales (de aproximadamente seis personas cada uno) y dos entrevistas individuales. Se consultó a los profesionales por los riesgos laborales y sobre su visión del autocuidado y cuidado de equipos. Tanto en los grupos focales como las entrevistas se utilizó una pauta de entrevista semiestructurada. Algunos ejemplos de preguntas: ¿cuáles son los riesgos a los que se consideran expuestos?; en este contexto de riesgos ¿qué hace cada uno de ustedes para cuidarse?; ¿qué significa para ustedes el autocuidado?; ¿qué importancia le atribuyen al autocuidado en la protección de riesgos, como el desgaste o agotamiento laboral?; ¿qué significa para ustedes el cuidado de equipos?; ¿qué importancia les atribuyen al cuidado de equipos en la protección de riesgos, como el desgaste o agotamiento laboral?; ¿qué aspectos positivos y negativos destacarían de las actuales prácticas de cuidado de

equipo?

En la fase cuantitativa se diseñó un cuestionario de acuerdo con las categorías emergentes que resultaron en la fase cualitativa. Se siguió el enfoque de comité (Brislin, 1980) y se evaluó su validez de contenido mediante el juicio de expertos (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2007). Se incluyeron siete ítems referidos a la frecuencia de riesgos laborales (ver tabla 1). Las categorías de respuesta eran: 1 = *Nunca*, 2 = *Casi nunca*, 3 = *A veces*, 4 = *Casi siempre*, y 5 = *Siempre*. Además, para cada uno de los riesgos se consultó por la efectividad percibida de tres estrategias de autocuidado o cuidado de equipos (1 = *Totalmente inefectiva*, 2 = *Inefectiva*, 3 = *Medianamente efectiva*, 4 = *Efectiva*, 5 = *Totalmente efectiva*) (ver tabla 2 a 8).

Procedimiento

El proyecto fue aprobado por un comité de ética de la ONG que patrocinó el estudio. Los participantes fueron convocados a través de su correo electrónico institucional, aceptando voluntariamente participar en ambas fases del proceso o solo en alguna de ellas, siendo requisito para ello su consentimiento escrito. La fase cualitativa se desarrolló en octubre de 2018. Las entrevistas y grupos focales fueron grabados en audio (sin incluir datos de identificación de los participantes) y transcritos textualmente para ser analizadas.

Posteriormente se diseñó el instrumento cuantitativo con base en la información entregada en la fase cualitativa (Hamui-Sutton, 2013). El comité que diseñó el instrumento estuvo compuesto por las primeras tres autoras de este estudio, teniendo a la vista los resultados del análisis cualitativo. Por su parte, las expertas que validaron el contenido del instrumento fueron dos profesionales de sexo femenino (psicólogas) con más de 20 años de experiencia en centros especializados de apoyo a niños en situación de vulnerabilidad y, además, con experiencia práctica en el tema del desgaste y cuidado de equipos. El reclutamiento de los participantes siguió los mismos pasos que en la fase anterior. La aplicación del instrumento fue realizada online, de forma anónima, durante diciembre de 2018 y enero de 2019. Los datos fueron exportados a una planilla de SPSS para su análisis.

Análisis de datos

El análisis de la información proveniente de los grupos focales y las entrevistas se realizó mediante

un análisis de contenido cualitativo. Con este, se buscó el sentido que emergente de los discursos de los informantes con énfasis en la construcción y coconstrucción que estos hacían de los significados de autocuidado y cuidado de equipo, fragmentando el texto en significados latentes, ocultos y del contexto (Marradi, Archenti, & Piovanni, 2012).

Se estructuró un análisis en cuatro dimensiones, con las que se buscó responder directamente a los objetivos específicos. Las categorías que orientaron el análisis fueron definidas teóricamente y las subcategorías resultaron emergentes.

En la fase cuantitativa, y dado el carácter descriptivo de los objetivos planteados, se decidió realizar un análisis descriptivo de los resultados (media, desviación típica y rango) tanto de los riesgos laborales como de la efectividad percibida de las estrategias de autocuidado y cuidado de equipo.

Resultados

Fase cualitativa

El análisis cualitativo permitió reconocer dos grandes categorías: riesgos Laborales y estrategias de autocuidado y cuidado de equipos. Dentro de la categoría de riesgos laborales los profesionales identificaron siete subcategorías de riesgos a los que se consideran expuestos, tanto a nivel emocional como físico (ver figura 1).

Entre los riesgos emocionales se destaca el desgaste emocional producto de la complejidad de las temáticas trabajadas con los usuarios. Se reconoce en el discurso alusiones al burnout y al estrés traumático secundario, así como el riesgo de normalizar las pautas de relación violentas.

P1: ... también tenemos riesgos más de salud mental, ya, estrés o..., justamente las temáticas que nosotros tratamos son muy delicadas, fuertes también, asociadas a vulneración, abusos, etc., y eso, aunque uno trabaje, estudie respecto a eso, todo, igual te afecta, impacta en tu vida, aunque uno no quiera, entonces ese también es un riesgo. ... al síndrome de burnout, esto de quemarse, sí, yo creo que todos esos elementos (Focus PAS).

P3: ... [frente a esa violencia que] uno cotidianamente ve porque la idea es que esa violencia uno no la empiece a normalizar, a mí me ha pa-

sado algunas veces que he sentido que, que estoy naturalizando un poquito y que digo “Ay

no, calma” pero me tengo que hacer, tengo que hacer el ejercicio (Focus PEE).

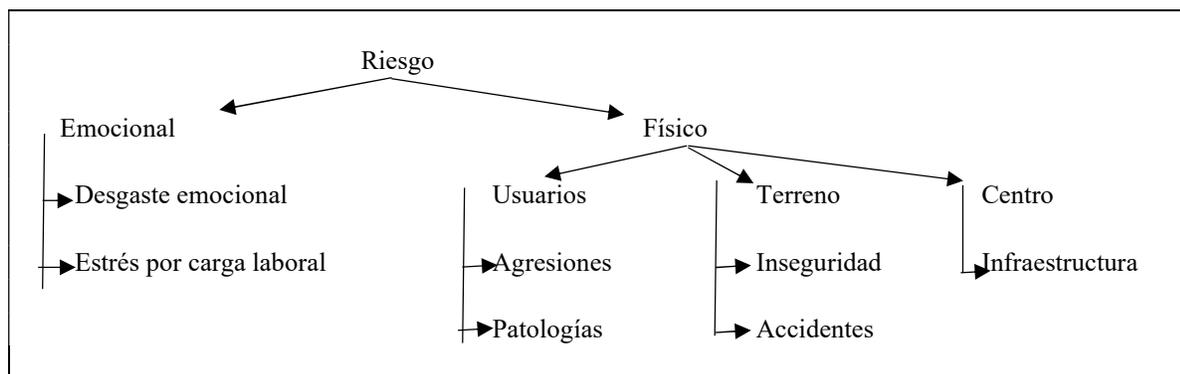


Figura 1. Riesgos laborales.

La segunda subcategoría es el estrés por carga laboral (trabajo administrativo y cantidad de casos que deben atender). Aquí destaca la sobreexigencia administrativa desde Sename que se traslada a un estilo de liderazgo autoritario al interior de los centros.

P2: Y también otro riesgo importante es que la cantidad de casos que tenemos a cargo no da abasto. A mí me pasa que de repente me despierto a las 4 de la mañana pensando en algo que tengo que hacer porque yo creo que el inconsciente empieza a pensar en las cosas que aquí no alcanzá' a pensar o a hacer, entonces estai' como súper alerta todo el tiempo de todas las cuestiones que teni' que cubrir y no te alcanza el tiempo porque son muchos casos por equipo, es demasiado, más el tema administrativo cachai' y que teni' que... no sé, es mucho, demasiado, mucha carga laboral y eso también te genera un estrés, un deterioro y lo peor que creo, bueno para mí por lo menos es que finalmente sentí', sientes que no estás rindiendo lo que debieses rendir profesionalmente, a mí me pasa particularmente eso y eso me frustra bastante porque como que teni' que hacer todo a medias. Ya no te alcanza el tiempo.

Respecto de los riesgos físicos los profesionales los agrupan en riesgos asociados a los usuarios, riesgos del trabajo en terreno y riesgos vinculados al propio centro. Entre los riesgos asociados al trabajo con los usuarios, los profesionales destacan

sentirse expuestos a agresiones (desde las amenazas hasta las agresiones físicas) de parte de algunos usuarios, principalmente adultos. Las agresiones estarían originadas por la frustración de algunos usuarios ante las medidas tomadas por los profesionales o por otros agentes de la red, como por ejemplo los tribunales.

P4: De hecho, nosotros tuvimos una audiencia que nos tuvieron que sacar por donde está el juez porque la familia estaba afuera, a punto de lincharnos ... (Focus PIE).

Asociado a lo anterior los profesionales destacan el riesgo que suponen aquellos usuarios, menores de edad o adultos, con patologías psiquiátricas no tratadas

P5: ... pueden ser también algunas patologías psiquiátricas de que no son tratadas tanto de papás como de niños, que nos exponemos quizá muchas veces como a algún tipo de agresión ... (Focus PIE).

En cuanto al trabajo en terreno, los profesionales se consideran expuestos a peligros en las visitas domiciliarias producto de la complejidad del contexto en el que se desenvuelven los usuarios (consumo de drogas, narcotráfico, violencia física, psicológica o verbal, delincuencia).

P5: ... tenemos que estar mucho en terreno, en sectores muy vulnerables, nuestros chicos se asocian con narcotraficantes, con delinquentes

de alto calibre y ahí se va produciendo también este tema de inseguridad en el terreno (Focus PEE).

Asimismo, se destaca el riesgo de sufrir accidentes laborales o de trayecto propios del trabajo en terreno (caídas, accidentes de tránsito, mordeduras de perros, entre otros).

P1: ... podemos tener riesgos también físicos, visitas domiciliarias, accidentes de tránsito, yo ayer me corté el dedo.

P5: Sí, po, yo me caí la otra vez bajándome de la micro, me doblé el pie, me han mordido perros (Focus PAS).

Finalmente, los profesionales reconocen riesgos asociados a la infraestructura de algunos centros, donde hay problemas de espacio ante el crecimiento de los equipos y el mobiliario inadecuado o en mal estado, malas condiciones de luminosidad, condiciones que actuarían como estresores laborales. Incluso se destaca el hecho de que no estén las condiciones necesarias para que los profesionales puedan realizar una labor óptima, lo que implica que deban transgredir los límites de autocuidado, como llevarse trabajo para la casa.

P7: O las mismas condiciones laborales no te permiten tampoco hacer un óptimo trabajo, entonces más te estresas, yo soy súper estresada y por ejemplo la... trabajar mucho en una misma oficina, la bulla, no sé, que no tenga internet, que se cae y tu tení' este tiempo como para ingresar a, a la plataforma del Sename, cachai', de Senainfo y no puedes, porque no hay internet y no, me lo trato de llevar para mi casa y no puedo hacerlo tampoco en mi casa porque no, no se logra ...

P6: ... igual no están las condiciones... para el trabajo y cosas tan simples como de repente la infraestructura, lo que tiene que ver con sillas, varios compañeros han tenido accidentes, se han caído feo de las sillas porque en realidad no están en buenas condiciones para estar usándose, pero como no tenemos más... (Focus PIE).

Por otro lado, como se puede ver en la figura 2, los profesionales reconocen tres grandes catego-

rias para hacer frente a los riesgos laborales: estrategias de autocuidado personal, estrategias de cuidado al interior del equipo, y estrategias de cuidado institucional.

La categoría de estrategias de autocuidado personal agrupa tres subcategorías. La primera hace referencia a la protección de espacios personales y familiares. Se destaca la necesidad de establecer límites claros entre el espacio laboral y el espacio extralaboral. Se incluyen aspectos variados desde no llevarse trabajo al hogar, no usar el propio teléfono o redes sociales para comunicarse con los usuarios, hasta no hablar del trabajo con amigos y familiares.

P5: Yo personalmente es como salir del trabajo a las 6 y media y olvidarme de que existe...no, nunca he trabajado en mi casa ni en este trabajo ni en otro y creo que eso es fundamental para que uno pueda sobrellevar lo que dice la de la carga administrativa ... (Focus PRM).

P1: Ah sí, de hecho, yo no veo noticias en la casa saliendo del trabajo yo no hablo de estos temas que trabajo en el día ni converso, generalmente las catarsis son con mi dupla, pero a nivel digamos de descanso personal siempre trato de cuidar harto esos espacios personales digamos que están fuera del horario del trabajo (Entrevista PAS).

La segunda subcategoría corresponde a las actividades recreativas fuera del trabajo. Estas estrategias incluyen actividades de distracción y entretenimiento realizadas con familiares o amistades. Según estos profesionales realizar estas actividades les ayuda a descongestionar y distraerse de las temáticas relacionadas con el trabajo y recargar energías para continuar desempeñándose en este ámbito. Las estrategias propuestas son variadas, desde instaurar momentos del día para caminar y escuchar música, salir a comer afuera, jardinear, disfrutar con sus mascotas, o bien desarrollar otro tipo de intereses, asociados al área artística, como música, danza, entre otros.

P: ... también llegar a la casa, jugar con mi hijo, pasear a mis perros, así como tener espacios como más sociales y familiares y eso también me ayuda hartito a descongestionar un poco (Entrevista PAS).

Finalmente, dentro de las estrategias de autocuidado personal se destaca la práctica frecuente de deportes o ejercicios físicos. Según los profesionales, estas actividades les sirven para desconectarse del estrés laboral y botar las energías.

P8: En mi caso particular también desarrollar actividades deportivas, actividad física, yo me

he dado cuenta que eso ha disminuido harto mi tensión física me siento mucho más relajada siento que en eso espacio, en este espacio me siento muy tensionada allá yo puedo botar, botar, botar y queda ahí, y me puedo ir para la casa bien tranquila ... (Focus PRM).

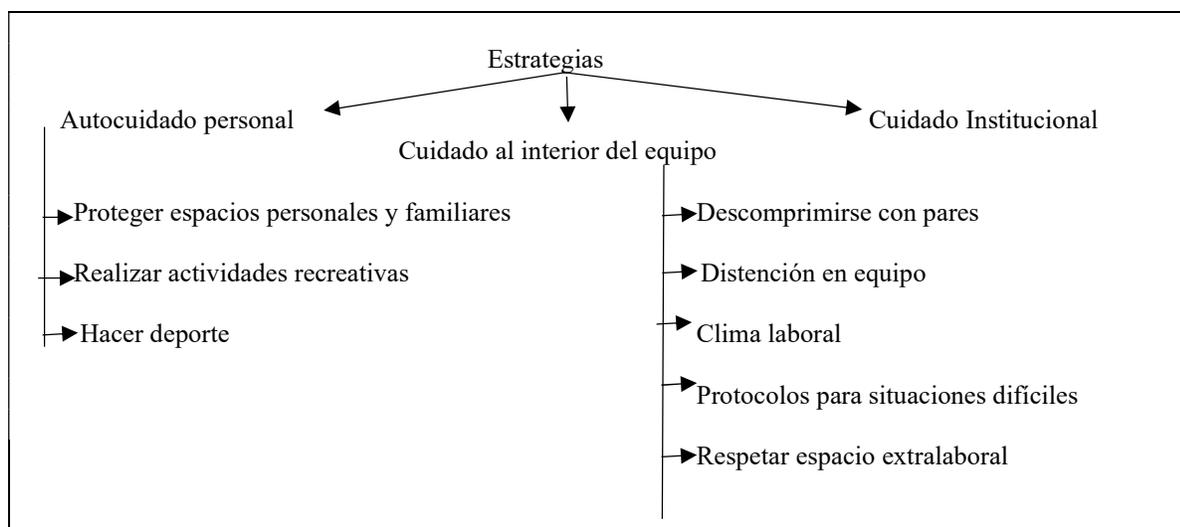


Figura 2. Estrategias de autocuidado y de cuidado de equipos.

Respecto a la categoría de estrategias de cuidado al interior del equipo se destacan cinco subcategorías. Para su implementación no bastaría con la disposición de un solo profesional, sino del equipo entero o de una parte de él (ver figura 2).

La primera estrategia de cuidado al interior del equipo es la de descomprimirse con los pares. Se destaca la necesidad de recurrir a espacios donde sea posible conversar con los compañeros de trabajo sobre el impacto emocional del trabajo. Estos espacios pueden ser informales (p.e. a la salida de una sesión) o más formales (p.e. reuniones de equipo o supervisión).

P3: ... yo siento que a ratos sí como que hay espacios en la... no sé si venimos saliendo de una sesión por ejemplo que nos haya impresionado positiva o negativamente como que se habla y después nos pasamos a temas como más quizá personales o de anécdotas, no sé, pero igual ... se dan estos espacios de, de compartir, los casos, las sesiones, las preocupaciones,

todo, no de forma exclusiva, pero se da (Focus PRM).

En segundo lugar, se destaca que es necesario mantener espacios de distención dentro del equipo profesional. Algunos profesionales identifican estrategias tales como compartir en horario de almuerzo y realizar pausas saludables que les ayudan a despejarse y distraerse por un momento de las temáticas laborales.

P2: Sí, bueno, acá igual yo creo si bien tenemos una sobrecarga gigante en el centro, yo siento que igual tenemos nuestros espacios como de, de distracción, de molestarnos un rato, como libres de este tema de trabajo y eso igual se nos permite, en el sentido de no sé, ya en la tarde en un rato alguna sale a comprar algo y todas nos comemos una colación juntas, acá mismo, como compartimos, el equipo completo tiene una sola oficina, entonces están esos espacios como ya despejarse un poco del computador, además somos nueve personas ahí entonces

existen esos espacios que también yo encuentro que son súper buenos, también se nos da la dinámica del almuerzo, que la mayoría almuerza acá también, entonces son espacios en los cuales podemos un poco salir de, del tema trabajo (Focus PIE).

El tercer grupo de estrategias de cuidado de equipos tiene relación con el establecimiento de un clima laboral adecuado que permita relaciones interpersonales satisfactorias para realizar el trabajo cotidiano. Se destaca que para ello es necesario un liderazgo positivo que tienda a fomentar un clima de escucha y empatía.

P4: Somos, nos complementamos yo siento, lo que decía la compañera es importante, yo he estado en varios equipos y hay mucha competencia y cuando hay mucha competencia eso genera más roces y aquí no sé, no pasa eso y eso es lo que hace, aparte de lo que aporta la jefatura también ayuda mucho a poder tener un clima bueno. Rico, es rico venir para acá (Focus PIE).

Adicionalmente se reconoce que en el espacio laboral se enfrentan diversas situaciones de riesgo, por lo tanto, se valora que existan, a priori, acuerdos o protocolos de acción consensuados. Esto es especialmente relevante en las visitas domiciliarias dados los riesgos que estas implican.

P6: Bueno, para las visitas domiciliarias cuando son de riesgo ir en duplas lo mismo si es que viene una persona a atenderse y es impulsiva o es más violenta digamos, se atiende también en dupla uno trata también de estar como acompañada.

P1: Y en casos muy extremos, por ejemplo, cuando uno tenga que ir a las visitas solo de dejar avisado dónde uno va, dejar anotado dónde va a estar también y cuanto rato más o menos uno se debería demorar también en estas visitas.

P7: E ir en ciertos horarios también.

P8: Claro, dependiendo del sector.

P9: Después de las 3 no. Son como medidas de seguridad en el fondo, como uno no conoce el ambiente o el lugar (Focus PRM).

Finalmente, los profesionales expresan la importancia de respetar el horario laboral de los compañeros. Esto es relevante, ya que muchos de los profesionales trabajan jornadas parciales y en el resto de su jornada trabajan en otras actividades o se encuentran en actividades personales.

P2: ... acá también, la mayoría tiene un día libre, ese día libre tratamos, ¡tratamos! de, de no molestar a la mayoría que está en su día libre para que se pueda desconectar del trabajo, por lo menos nosotros en la tripleta lo tenemos súper instaurado que no se molesta a la compañera que no está, las dos que están resolverán la situación y cuando llegue se le informa... (Focus PIE).

Por su parte la categoría de cuidado institucional hace referencia a las medidas que toma, o puede tomar la institución que administra los distintos centros de equipos profesionales para mejorar las condiciones laborales y así favorecer el enfrentamiento adecuado del desgaste laboral. Estas medidas son variadas, desde mantener condiciones salariales y contractuales adecuadas hasta establecer medidas concretas de enfrentamiento del desgaste (p.e. días extra de vacaciones, permisos administrativos, potenciar y financiar jornadas de cuidado del equipo).

P5: El tema de las capacitaciones, yo creo que también como de equipo así de auto, de autocuidado, yo también considero que nos entreguen capacitaciones cada cierto tiempo te mantiene bien así, como me saca de lo que estoy haciendo todo el tiempo.

P1: Actualizado.

P5: Hay una preocupación de la corporación en mantenerte capacitado, mantenerte en cursos, sacarte un día digamos, no sé, está bien que tengai' otra actividad, eso es bueno (Focus PAS).

Resultados fase cuantitativa

En primer lugar, se evaluó la frecuencia con que los profesionales señalan haber estado expuestos a los siete tipos de riesgo laboral identificados previamente en la fase cualitativa. Como se puede ver en la tabla 1, y considerando las alternativas de respuesta del instrumento cuantitativo, en promedio los profesionales señalan que “casi nunca” sufren agresiones de parte del usuario o su entorno

inmediato. Agregan que “a veces” se enfrentan a riesgos asociados los problemas de infraestructura, asociados a patologías psiquiátricas de los usuarios o bien a riesgos en las visitas domiciliarias pro-

ducto de la inseguridad del contexto y por accidentes laborales. Finalmente reconocen que “siempre” se enfrentan al riesgo de desgaste emocional tanto producto de la complejidad de las temáticas como producto del estrés de la carga laboral.

Tabla 1

Media, desviación típica y rango de las 7 formas de desgaste laboral identificados

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Rango
1. Desgaste emocional producto de la complejidad de las temáticas trabajadas.	3,65	1,0	1-5
2. Estrés por carga laboral.	3,84	1,13	1-5
3. Agresiones de parte de usuarios o su entorno inmediato.	2,34	0,91	1-5
4. Usuarios con patologías psiquiátricas no tratadas.	3,25	1,08	1-5
5. Inseguridad de las visitas domiciliarias producto de la complejidad del contexto.	3,07	1,15	1-5
6. Accidentes laborales asociados a las visitas domiciliarias.	2,77	1,19	1-5
7. Riesgos ergonómicos asociados a problemas de infraestructura.	3,13	1,25	1-5

Nota: Para efectos prácticos, en la descripción de las puntuaciones se asemejó la puntuación a las categorías de respuesta del instrumento, aproximando con base en el primer decimal. De este modo: 1 a 1,4 = *Nunca*; 1,5 a 2,4 = *Casi nunca*; 2,5 a 3,4 = *A veces*; 3,5 a 4,4 = *Casi siempre*; 4,5 a 5 = *Siempre*.

Con respecto a las estrategias más efectivas para afrontar cada uno de los siete riesgos laborales identificados, los profesionales indican que, ante los riesgos emocionales asociados a la complejidad de la temática, lo más efectivo sería evitar

contaminar las redes personales con estas temáticas. Los profesionales perciben moderadamente efectivo a las instancias institucionalizadas de descompresión con los compañeros de trabajo y al apoyo terapéutico externo (ver tabla 2).

Tabla 2

Efectividad de las estrategias para prevenir riesgos emocionales

	Media	DT	Rango
Instancias institucionalizadas de descompresión con los compañeros.	3,19	1,1	1-5
Apoyo terapéutico externo.	3,13	1,53	1-5
Evitar contaminar las redes personales con estas temáticas.	3,78	1,11	1-5

Nota: Para efectos prácticos, en la descripción de las puntuaciones se asemejó la puntuación a las categorías de respuesta del instrumento, aproximando con base en el primer decimal. De este modo: 1 a 1,4 = *Totalmente inefectiva*; 1,5 a 2,4 = *Inefectiva*; 2,5 a 3,4 = *Medianamente efectiva*; 3,5 a 4,4 = *Efectiva*; 4,5 a 5 = *Totalmente efectiva*.

Respecto al estrés por carga laboral, los profesionales perciben como estrategias efectivas tanto las jornadas institucionales de autocuidado como

las medidas institucionales más concretas para priorizar las intervenciones y para reducir la carga de trabajo.

Tabla 3

Efectividad de las estrategias para prevenir el estrés por carga laboral

	Media	DT	Rango
Jornadas institucionalizadas de visibilización del malestar	3,48	1,37	1-5
Bajar la carga de trabajo administrativo	3,96	1,48	1-5
Institucionalizar acciones para priorizar las intervenciones	3,63	1,45	1-5

Nota: Para efectos prácticos, en la descripción de las puntuaciones se asemejó la puntuación a las categorías de respuesta del instrumento, aproximando con base en el primer decimal. De este modo: 1 a 1,4 = *Totalmente inefectiva*; 1,5 a 2,4 = *Inefectiva*; 2,5 a 3,4 = *Medianamente efectiva*; 3,5 a 4,4 = *Efectiva*; 4,5 a 5 = *Totalmente efectiva*.

En cuanto al riesgo de agresiones por parte de los usuarios o su entorno, en la tabla 4 se aprecia que los profesionales perciben como efectiva la generación de protocolos de acción. La implementación de un botón de pánico y de contención

terapéutica al profesional por parte de algún profesional externo al centro son percibidas como moderadamente efectivas.

Tabla 4

Efectividad de las estrategias para prevenir el riesgo de agresiones de parte de los usuarios o su entorno

	Media	DT	Rango
Implementar un botón de pánico en el centro.	2,87	1,697	1-5
Contención terapéutica de parte de un profesional externo.	3,13	1,615	1-5
Generación de un plan de acción específico	3,65	1,466	1-5

Nota. Para efectos prácticos, en la descripción de las puntuaciones se asemejó la puntuación a las categorías de respuesta del instrumento, aproximando con base en el primer decimal. De este modo: 1 a 1,4 = *Totalmente inefectiva*; 1,5 a 2,4 = *Inefectiva*; 2,5 a 3,4 = *Medianamente efectiva*; 3,5 a 4,4 = *Efectiva*; 4,5 a 5 = *Totalmente efectiva*.

Por su parte, los profesionales perciben como efectivas las estrategias de recibir asesoría por parte de médico psiquiatra sobre cómo abordar casos complejos, brindar atención psiquiátrica a los

usuarios que la requieran y generar un plan de acción específico ante usuarios con patologías psiquiátricas (ver tabla 5).

Tabla 5

Efectividad de las estrategias para prevenir el riesgo asociado a usuarios con patologías psiquiátricas

	Media	DT	Rango
Asesoría psiquiátrica a los profesionales para un mejor abordaje de los casos	3,52	1,45	1-5
Atención psiquiátrica a los usuarios	3,80	1,36	1-5
Generación de un plan de acción específico	3,75	1,27	1-5

Nota. Para efectos prácticos, en la descripción de las puntuaciones se asemejó la puntuación a las categorías de respuesta del instrumento, aproximando con base en el primer decimal. De este modo: 1 a 1,4 = *Totalmente inefectiva*; 1,5 a 2,4 = *Inefectiva*; 2,5 a 3,4 = *Medianamente efectiva*; 3,5 a 4,4 = *Efectiva*; 4,5 a 5 = *Totalmente efectiva*.

Respecto a las estrategias para afrontar la inseguridad de las visitas domiciliarias, los profesionales consideran efectivas la medida de realizar las visitas domiciliarias en compañía de otro profesio-

nal, limitar los horarios en que se realizan las visitas domiciliarias (de día), establecer un contacto permanente por celular con el centro antes y después de la visita (ver tabla 6).

Tabla 6

Efectividad de las estrategias para afrontar la inseguridad de las visitas domiciliarias por complejidad del contexto

	Media	DT	Rango
Acompañamiento permanente de dupla o tripleta	3,79	1,27	1-5
Límites horarios para hacer las visitas	3,90	1,27	1-5
Contacto permanente con alguien del centro	3,38	1,37	1-5

Nota. Para efectos prácticos, en la descripción de las puntuaciones se asemejó la puntuación a las categorías de respuesta del instrumento, aproximando con base en el primer decimal. De este modo: 1 a 1,4 = *Totalmente inefectiva*; 1,5 a 2,4 = *Inefectiva*; 2,5 a 3,4 = *Medianamente efectiva*; 3,5 a 4,4 = *Efectiva*; 4,5 a 5 = *Totalmente efectiva*.

La tabla 7 muestra la percepción de la efectividad de las estrategias para prevenir accidentes laborales durante las visitas domiciliarias. Se considera efectivo realizar las visitas domiciliarias en compañía de otro profesional, además de designar

mayor cantidad de recursos económicos para transporte y así evitar grandes desplazamientos a pie y generar un protocolo de acción en caso de accidentes laborales.

Tabla 7
Efectividad de las estrategias para afrontar accidentes laborales en terreno

	Media	DT	Rango
Acompañamiento permanente de dupla o tripleta	3,80	1,29	1-5
Designar más recursos económicos al transporte	3,95	1,39	1-5
Generación de plan de acción específico	3,84	1,29	1-5

Nota: Para efectos prácticos, en la descripción de las puntuaciones se asemejó la puntuación a las categorías de respuesta del instrumento, aproximando con base en el primer decimal. De este modo: 1 a 1,4 = *Totalmente inefectiva*; 1,5 a 2,4 = *Inefectiva*; 2,5 a 3,4 = *Medianamente efectiva*; 3,5 a 4,4 = *Efectiva*; 4,5 a 5 = *Totalmente efectiva*.

Finalmente, la tabla 8 muestra la evaluación de las medidas para disminuir los riesgos de desgaste por problemas de infraestructura. El cambio del lugar físico donde actualmente se encuentra el centro

es evaluado como una medida de efectividad moderada. Las medidas percibidas como efectivas son el remplazo eficiente de mobiliario dañado o no adecuado y la reorganización física del lugar de trabajo actual.

Tabla 8
Efectividad de las estrategias para afrontar problemas de infraestructura

	Media	DT	Rango
Reemplazar mobiliario dañado o no adecuado	4,01	1,31	1-5
Cambio de casa (centro)	3,39	1,44	1-5
Reorganizar el centro	3,38	1,34	1-5

Nota: Para efectos prácticos, en la descripción de las puntuaciones se asemejó la puntuación a las categorías de respuesta del instrumento, aproximando con base en el primer decimal. De este modo: 1 a 1,4 = *Totalmente inefectiva*; 1,5 a 2,4 = *Inefectiva*; 2,5 a 3,4 = *Medianamente efectiva*; 3,5 a 4,4 = *Efectiva*; 4,5 a 5 = *Totalmente efectiva*.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue explorar la perspectiva de los profesionales de centros de atención especializada en materias de infancia respecto a los riesgos laborales y las estrategias de autocuidado y cuidado de equipos más efectivas.

En coherencia con estudios previos (Bilbao et al., 2018; Guerra & Pereda, 2015; Schöngut-Grollmus, 2017), los profesionales dan cuenta de una serie de riesgos y desgaste laboral asociados al trabajo con niños, niñas y adolescentes que han sufrido vulneraciones en sus derechos. Estos riesgos serían variados, abarcando desde aspectos emocionales hasta riesgos físicos.

Según los resultados, los riesgos más frecuentes serían los emocionales, asociados por un lado a

lo difícil que resulta para los profesionales lidiar en el día a día con temáticas asociadas a la vulneración de derechos y, por el otro, debido a la carga excesiva de trabajo. Esto ya ha sido descrito por investigaciones previas que destacan el riesgo de sufrir síndromes de desgaste laboral (como el burnout o el estrés traumático secundario) en los contextos de trabajo con población infantojuvenil que ha sufrido traumas (Meyers & Cornille, 2002; Perry, 2003). Además, al contagio emocional producto de la conexión empática con los menores de edad con historias de vulneración de derechos (Figley, 2002) hay que sumarle el estrés propio de un trabajo altamente demandante en cantidad, tanto por el número de casos atendidos, como por el trabajo administrativo asociado a los monitoreos ad-

ministrativos de la agencia estatal que financia estos programas (Sename). Esta excesiva carga laboral contrasta con los recursos reducidos de los centros (Barudy, 2000) en términos de las horas profesionales y la demanda enorme desde instancias como la red de infancia, la red de salud y de justicia, características propias del contexto en que se desarrollan estos programas.

En este punto es necesario destacar que los trabajadores de centros especializados en Chile se enfrentan a una polidemanda que aumenta el riesgo de sufrir estrés emocional. Schöngut-Grollmus (2017) identifica al menos cuatro fuentes distintas de demanda que potencialmente pueden ser altamente estresantes para los profesionales: los casos altamente complejos que deben atender, Sename (que licita y financia los centros), la ONG o institución que administra los dineros entregados por Sename para implementar los centros especializados, y los tribunales que demandan respuesta rápida a sus requerimientos. Otros autores destacan la inestabilidad laboral en estos centros dado que se encuentran sujetos a un sistema de competencia y licitación cada aproximadamente tres años lo que generaría alto estrés asociado al siempre inminente riesgo de que el proyecto no sea renovado y por lo tanto se pierda la fuente laboral (Bilbao et al., 2018).

Por otro lado, y en menor frecuencia los profesionales reportan riesgos físicos, asociados a accidentes, como a posibles agresiones por parte de usuarios o del contexto en el que ellos se desenvuelven vinculados a las temáticas de violencia, o a las condiciones físicas y materiales del trabajo. Si bien estos riesgos son reportados en menor frecuencia, igualmente merecen ser considerados dado el alto potencial negativo para la salud de los trabajadores. En este punto, se destaca que el trabajo de intervención en violencia en Chile se ha caracterizado por la perspectiva psicosocial (Saavedra, 2010) que incorpora la intervención en los territorios de vida cotidiana de los niños, lo cual hace que los profesionales deban realizar muchas de sus actividades en los barrios o sectores donde viven o transitan los niños y sus familias, en un contexto de mayor exposición personal que el del trabajo al interior de un establecimiento acondicionado para dichos efectos.

Si bien el desgaste laboral sería una respuesta normal del profesional ante el material traumático que debe gestionar de las personas que atiende

(Pearlman & Mac Ian, 1995), la evidencia sugiere que es necesario diseñar estrategias que permitan prevenirlo o tratarlo (Guerra Vio et al., 2009), ya que de no hacerlo se pone en riesgo la salud del propio profesional (Beaton & Murphy, 1995), como también el bienestar de los usuarios, al recibir una atención más deficiente (Bride et al., 2004; Cazabat, 2002; Gentry, 2003). Además, como ya se ha dicho, el desgaste laboral genera consecuencias nefastas también para las instituciones, ya que estas deben enfrentar los costos asociados a licencias médicas, ausentismo y rotación de personal (Vargas, 2010). Asimismo, el enfrentamiento de este desgaste a nivel institucional da cuenta de un enfoque ético del trabajo desde la perspectiva de derechos, desde donde la búsqueda de coherencia es un objetivo que debiera ser permanente (Arredondo Ossandón, 2007).

Lamentablemente, tal como indican Pavez et al. (2016), en Chile la política pública en materia de infancia tiende a considerar al trabajador de equipos psicosociales como un simple operador encargado de ejecutar los programas de la política social de infancia, sin reconocer los riesgos psicosociales que este enfrenta y las consecuencias que esto tiene tanto para su propia salud mental como para el trabajo que realiza. Pese a la abundante evidencia nacional e internacional acumulada en los últimos 20 años respecto de los beneficios de las prácticas de cuidado y autocuidado de equipos profesionales (McFadden et al., 2017), en Chile aún no se cuenta con una política pública que considere con la relevancia necesaria este importante factor.

En este estudio, los profesionales reconocen una serie de estrategias de autocuidado y cuidado de equipos que podrían ser útiles en el diseño de políticas públicas más completas que consideren al trabajador más allá de un simple operador psicosocial. Destacan estrategias de autocuidado individual (proteger espacios personales, realizar actividades recreativas y hacer deporte), estrategias de cuidado grupal (desahogarse y recrearse con los pares, mantener un buen clima laboral, implementar protocolos de acción ante situaciones difíciles y respetar el espacio extralaboral de los pares), y estrategias de cuidado institucional (condiciones adecuadas para realizar el trabajo y reconocimiento de la labor). Estas estrategias son compatibles con las sugeridas previamente en la literatura (Arón & Llanos, 2004; Barudy, 2000; Santana & Farkas, 2007) y con las que han demostrado una

asociación inversa con el desgaste laboral en investigaciones empíricas (Betta Olivares et al., 2007; Guerra Vio et al., 2011). De hecho, en este estudio los profesionales valoran positivamente la efectividad de estas estrategias para prevenir las situaciones de riesgo laboral por ellos mismos identificadas.

La evidencia previa sugiere que las estrategias de autocuidado y cuidado valoradas subjetivamente como efectivas en este estudio tienden a mostrar relaciones inversas con el desgaste laboral. Analizadas de forma aislada, el efecto de las diferentes estrategias de cuidado y autocuidado sobre el burnout varía entre -0,22 y -0,54 (Betta Olivares et al., 2007), pero analizadas en forma conjunta (la sumatoria de 10 formas diferentes de autocuidado) el tamaño del efecto es mayor (-0,61) (Guerra et al. 2008). Esto insinúa que las estrategias de autocuidado y cuidado de equipos se potencian entre sí, de tal manera que se sugiere que los programas de prevención del desgaste laboral no descansen en estrategias aisladas, sino que se basen en una combinación de ellas. Para ello se necesita impulsar a los profesionales para que se cuiden a ellos mismos (autocuidado), como también establecer directrices claras de política pública (con recursos económicos asociados) para que el Estado y las instituciones que administran los centros especializados tomen medidas para prevenir o tratar el desgaste de sus trabajadores (cuidado de equipos)

Los resultados de este estudio resaltan la importancia de atender a los posibles riesgos que enfrentan los profesionales que trabajan en temas de infancia, surgiendo como imperativa la necesidad de integrar en los lineamientos técnicos de la política pública de intervención en victimización de la infancia, objetivos y planes concretos de enfrentamiento del desgaste profesional, de manera de salvaguardar la integridad y el bienestar del profesional, valorizando su cuidado como parte constitutiva y constituyente de la intervención en restitución de derechos de la infancia.

Este estudio entrega evidencia en esa línea, no obstante, se reconoce que sus resultados son limitados en cuanto a su generalización, ya que participaron profesionales de una sola institución con representación en dos regiones del país. Se hace necesario continuar investigando con muestras más variadas de profesionales de forma de tener

conclusiones más certeras que consideren otras variables relevantes como la región, tipo de trabajo o sexo. Queda planteado entonces el desafío de generar instancias de cuidado y autocuidado de los equipos, que puedan ser implementadas en beneficio de los trabajadores de todo el país (e indirectamente de sus usuarios). La investigación debiera esforzarse por sistematizar esas instancias y por evaluar su efectividad, de manera de generar evidencia en la materia.

Referencias

- Aguilar, M. I. (1996, noviembre). *Trabajo interdisciplinario y cuidado de equipos*. Trabajo presentado en el Seminario Salud Mental y Género, Nuevos Énfasis en las Estrategias de Trabajo, Servicio Nacional de la Mujer, Santiago, Chile.
- Arón, A. M. & Llanos, M. (2001). Desgaste profesional. En A. M. Arón (Ed.), *Violencia en la familia. Programa de intervención en red: la experiencia de San Bernardo* (pp.67-103). Santiago, Chile: Galdoc.
- Arredondo Ossandón, V. (2007). ¿Auto?cuidado en equipos psicosociales: el lugar de lo colectivo. En V. Arredondo Ossandón & E. Toro Quezada. (comp.) *Violencia sexual infantil: debates, reflexiones y prácticas críticas* (pp. 90-97). Valparaíso, Chile: Paicabi.
- Barudy, J. (2000). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Santiago, Chile: 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). New York, New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Betta Olivares, R., Morales Messerer, G., Rodríguez Ureta, K., & Guerra Vio, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3(9), 9-19.
Recuperado de <https://bit.ly/2D6supp>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35.
<http://dx.doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Bilbao, M., Martínez-Zelaya, G., Pavez, J., & Morales, K. (2018). Burnout en trabajadores de ONGs que ejecutan política social en Chile. *Psicoperspectivas*, 17(3), 1-26.
<http://doi.org/d5hx>
- Brislin, R. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. In H. C. Triandis, y J.

- W. Berry (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology* (pp. 389-444). Boston, Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Cazabat, E. H. (2002). *Desgaste por empatía: el costo de ayudar*. Recuperado de <https://bit.ly/30hhPkE>
- Escobar-Pérez, J. & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medicina*, 6(1), 27-36.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Gentry, J. E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2(2), 4-17.
- Guerra Vio, C., Fuenzalida Vivanco, A., & Hernández Morales, C. (2009). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en el aumento de conductas de autocuidado y disminución del estrés traumático secundario en psicólogos clínicos. *Terapia Psicológica*, 27(1), 73- 81. <http://doi.org/btw2wk>
- Guerra, C., Rodríguez K., Morales, G., & Betta, R. (2008). Validación preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Psykhé*, 17(2), 67- 78. Recuperado de <https://bit.ly/2D9ya1P>
- Guerra Vio, C., Mújica Platz, A., Nahmias Bermúdez, A., & Rojas Vidal, N. (2011). Análisis psicométrico de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 319-28. Recuperado de <https://bit.ly/39Kv28w>
- Guerra, C. & Pereda, N. (2015). Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 45(2), 177-188. Recuperado de <https://bit.ly/3ghOcoP>
- Hamui-Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 2(8), 211-216. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72714-5](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72714-5)
- Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30, 293-309. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1016049632545>
- Hülshager, U. R. & Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(3), 361-89. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022876>
- McFadden, P., Campbell, A., & Taylor, B. (2015). Resilience and burnout in child protection social work: Individual and organisational themes from a systematic literature review. *British Journal of Social Work*, 45(5), 1546-1563. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bct210>
- Marradi, A., Archenti, N., & Piovanni, J. I. (2012). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina: CENGAGE Learning.
- Marrodan, J. L. G. (2010). La relación terapéutica y el trabajo de reconstrucción de la historia de vida en el tratamiento psicoterapéutico de los niños crónicamente traumatizados. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 187-204. Recuperado de <https://bit.ly/30hMA99>
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In W. S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout* (pp. 29-40). Beverly Hills, California; Sage.
- Meyers, T. W. & Cornille, T. A. (2002). The trauma of working with traumatized children. En C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 39-55). New York, New York: Brunner-Routledge.
- Moran, C. C. (2002). Humor as a moderator of compassion fatigue. En C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 139-154). New York, New York: Brunner-Routledge.
- Moreno Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 4-19. <http://doi.org/d5jk>
- Pavez, J., Carrasco-Aguilar, C., Peña, M. T., Bilbao, M. A., Oriol, H., Ortuzar, A., Rubio, J., & Torres (2016). Sujeto/a trabajador/a en la política pública de intervención psicosocial de infancia en Chile: un análisis crítico del discurso. *Revista de Estudios Cotidianos*, 4(1), 23- 45.
- Pearlman, L.A. & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapist with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York, New York: Brunner/Routledge.
- Pettit, J. W., Grover, K. E. & Lewinsohn, P. M. (2007). Interrelations between psychopathology, psychosocial functioning, and physical health: An integrative perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 453-476.

- Perry, B. D. (2003). *The cost of caring: Secondary traumatic stress and the impact of working with high-risk children and families*. Recuperado de <https://bit.ly/30htEXV>
- Pinkney, S. (2010). Participation and emotions: Troubling encounters between children and social welfare professionals. *Children & Society*, 25(1), 37-46.
<http://doi.org/c43nhr>
- Rosenbloom, D. J., Pratt, A. C. & Pearlman, L. A. (1999). Helper's responses to trauma work: Understanding and intervening in an organization. En B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (2nd ed., pp. 65-79). Baltimore, Maryland: Sidran Institute Press.
- Saavedra, C. (2010). La reparación del maltrato infantil grave como una intervención psicosocial. En V. Arredondo & E. Toro (Comp.), *Espejos de infancia: análisis e intervenciones en violencia infantil* (pp. 207-226). Valparaíso, Chile: Paicabi.
- Salston, M. D. & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress: Effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 167-174.
<https://doi.org/10.1023/A:1022899207206>
- Santana, A. I. & Farkas, C. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psykhé*, 16(1), 77-89.
<http://doi.org/b2tpsj>
- Servicio Nacional del Menor. (2018). *Catastro de la oferta programática de la red SENAME*. Santiago, Chile.
- Schöngut-Grollmus, N. (2017). Ensamblajes socio técnicos para la producción de intervenciones psicosociales en un programa de Servicio Nacional de Menores de Chile. *Psicoperspectivas*, 16(3), 41-51.
<http://doi.org/d5jm>
- Travis, D. J., Lizano, E. L., & Mor Barak, M. E. (2016). 'I'm so stressed!': A longitudinal model of stress, burnout and engagement among social workers in child welfare settings. *British Journal of Social Work*, 46(4), 1076-1095.
<http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bct205>
- Vargas, F. (2010). *Autocuidado de equipos: una aproximación de segundo orden* (Tesis de magíster, Universidad de Chile, Santiago, Chile). Recuperada de <https://bit.ly/30ifq97>

Fecha de recepción: 7 de agosto de 2019

Fecha de aceptación: 16 de enero de 2020