

MODELO DE ATENCIÓN HUMANIZADA

REFLEXIONES PARA LA ACCIÓN
Herramienta al servicio de
la práctica profesional en el ámbito social.

Sandra Barilari
Mayo 2007

MODALIDADES DE ABORDAJE EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN HUMANIZADA

Consecuencias de la violencia sobre la salud de la mujer

La violencia contra la mujer varía de acuerdo a la modalidad que adopte, la edad de la víctima, la relación con el agresor y la duración de la agresión, provocando **consecuencias a nivel físico, psicológico o social sobre las mujeres** las cuales pueden resultar graves o irreversibles e incluso provocar su muerte.

En este sentido, se presentan a continuación algunas reflexiones y ejemplos sobre el impacto de la violencia sobre la salud de la mujer en distintos países del mundo.

Sobre la salud física:

Además de tener un alto riesgo de sufrir lesiones físicas o hasta la muerte, las víctimas de violencia doméstica presentan: el riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, problemas ginecológicos, enfermedades de transmisión sexual y la infección por el virus de inmunodeficiencia, trastornos somáticos, complicación de las condiciones médicas crónicas, incumplimiento del tratamiento médico, depresión, ansiedad y suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo y abuso de drogas (Grisso, 1999; Brookoff, 1997).

En la Ciudad de México, por ejemplo, la violencia contra la mujer fue la tercera causa en importancia de los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) después de la diabetes y las afecciones perinatales, siendo incluso más importante que los accidentes vehiculares, las anomalías congénitas, la artritis reumatoide, la osteoartritis, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cerebrovasculares y la neumonía (Lozano, 1997).

De igual forma, según estudios realizados en salas de emergencia de los Estados Unidos, entre el 22% y el 35% de las mujeres que acuden a esos servicios de emergencias llegan por síntomas relacionados al abuso (Council of Scientific Affairs, 1992). Así, según señala el Consejo Nacional de Investigación de Estados Unidos, el 50% de todas las heridas a mujeres tratadas en la sala de emergencias y el 21% de aquellas que requirieron intervención quirúrgica pueden ser atribuidas a la violencia doméstica.

Asimismo, las mujeres maltratadas víctimas de violencia durante el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el parto y post parto que las mujeres no maltratadas. Un estudio en Morelos, México, mostró que la diferencia del tamaño de un niño al nacer

fue de 560 gramos de desventaja en el caso de las mujeres maltratadas (Valdez-Santiago y Sanín, 1996).

Finalmente, en Uruguay, comparando las víctimas de violencia física severa con las mujeres que no sufren violencia, las mujeres agredidas acudieron tres veces más a los servicios de salud para ser atendidas por un especialista, triplicaron la asistencia a las salas de urgencias, requirieron cinco veces más radiografías y fueron internadas cuatro veces más que las mujeres que no sufren violencia. Del mismo modo, cuando se comparan las mujeres que sufren violencia sexual con las que no la experimentan, las primeras recurrieron ocho veces más a los servicios de urgencias del sistema público, necesitaron cuatro veces más radiografías y estuvieron hospitalizadas casi diez veces más que las no violentadas (Traverso, 2000).

Sobre la salud mental:

El carácter permanente y crónico de la violencia en el hogar hace que sus consecuencias psicológicas sean de gran magnitud. A pesar que un solo incidente traumático puede tener consecuencias psicológicas permanentes, la agresión cíclica es claramente más perjudicial para el ajuste social (Follingstadet et al 1991; Gelles y Harrop, 1989; Carmen et al., 1984).

Un estudio transcultural concluyó que la violencia en el hogar es la principal causa de suicidio femenino (Heisse, 1994) mientras que otras investigaciones sobre problemas de salud tales como el dolor crónico, los trastornos de la alimentación, enfermedades inflamatorias pélvicas y la depresión han concluido que la violencia es el principal factor de riesgo en todos ellos. Sin embargo, pocas veces los servicios de salud diagnostican a la violencia como la causa de muchas enfermedades entre las mujeres (Schei, 1996).

Se observa además que aproximadamente un 60% de las mujeres víctimas de violencia presentan un cuadro de **"Trastorno de Estrés Postraumático"**, similar al de los ex combatientes de guerra o víctimas de catástrofes. Se trata de un **conjunto sindrómico, que se aglutina en uno "general", denominado "Síndrome de Maltrato"**, donde el núcleo del trastorno lo compone el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), que a veces brota en su forma aguda ante la eminencia de amenaza de muerte, pero que suele estar cronificado y enmascarado en su mayoría por un síndrome de "Adaptación Paradójica Vincular"¹, parecido a una variante enquistada del Síndrome de Estocolmo, que lleva a las víctimas a mantener, justificar y disculpar la situación de maltrato. Este conjunto, se cierra con el "Síndrome de Desadaptación", por el cual las víctimas quedan en su mayoría desarraigadas social, familiar y laboralmente, aumentando de nuevo su vulnerabilidad psicológica a repetir vínculos violentos.

¹ SÁNCHEZ, M. L. 2003.

Algunas de las consecuencias que las víctimas de estos trastornos enfrentan son:

- Muy baja autoestima
- Indiferencia afectiva
- Aislamiento social
- Sentimientos de culpa por las agresiones
- Fuertes inhibiciones en distintas áreas
- Actitudes autodestructivas
- Bajo rendimiento intelectual.
- Mecanismo de identificación con el agresor.
- Suicidio
- Prostitución

La admisión: revisión conceptual

Desde hace ya tiempo en los servicios de atención a problemáticas de violencia doméstica se ha planteado una modalidad de asistencia que propone un recorrido institucional, que daría cuenta de las necesidades de quien consulta y las posibles estrategias a llevar a cabo, promoviendo diferentes derivaciones (internas y externas), según la instancia o etapa que se plantea desde la primer entrevista. De este modo y con las particularidades de cada equipo de trabajo o norma institucional se ha dado en llamar **admisión** a la primera entrevista que se le otorga a una mujer víctima de violencia doméstica.

Sin embargo, en la práctica habitual, la admisión remite al espacio donde la mujer que llega deja sus datos, comenta el motivo de su presencia para luego ser derivada donde corresponda (nueva entrevista con otra/o profesional dentro o fuera de la institución). De este modo se promueve un espacio en donde la mujer es "aceptada" (o no?) desde su llegada al lugar de atención, y luego de "permitir la entrada" será atendida y/o derivada -versa en muchos encuadres normativos institucionales que "quien realiza la entrevista de admisión a posteriori hará una lectura objetiva del caso, aspecto imprescindible para cualquier entrevista"-.

Es sabido para quienes están en el campo de trabajo y en la atención a mujeres que consultan por violencia doméstica, que esto surge como un modo de organizar la tarea, muchas veces desbordada por la demanda espontánea de atención, y que la admisión no resulta ser más que una mera información situacional del "problema" que dará lugar a una nueva entrevista o su derivación. No obstante, el tránsito y agotamiento innecesarios que viven las consultantes da cuenta que esta modalidad de entrevista ha instalado un marco de trabajo que condiciona en tiempo y forma las posibilidades de ofrecer un espacio humanizado, dedicado y cuidado, acorde a las necesidades de las mujeres.

Se propone, entonces, un encuadre de trabajo que no sólo de cuenta de las necesidades de las mujeres sino también de la práctica profesional que, en el mejor de los casos, se logra realizar contrariando la norma institucional que propone: ADMITIR = DEJAR ENTRAR = ACEPTAR, para desarrollar una “**entrevista inicial**”, que como método nos permita fundamentalmente ofrecer un **espacio de escucha activa, contención, comprensión y evaluación del problema**.

Se sugiere, en este sentido, que cada equipo de trabajo intente darle nombre a esta entrevista inicial dejando fuera la idea de mostrador de recepción, permitiendo reflejar la importancia de este primer contacto con la mujer, ya que las mujeres víctimas de violencia doméstica no solicitan ayuda en cualquier momento sino que cuando una mujer se anima a buscar apoyo -tal vez después de haber vivido bajo sometimiento muchos años- es fundamental comprenderla, apoyarla y orientarla en *ese* momento ya que muchas veces de este primer contacto y de su disponibilidad dependen la vida tanto de ella como de sus hijas/os, si los tuviera.

La entrevista inicial es una oportunidad para operar en los sentimientos de culpabilidad y naturalización, ofreciéndole caminos alternativos de resolución. Es por ello que se puede aportar organización, esclarecimiento e información a las víctimas de violencia explicándoles el ciclo de la violencia, que no es otra cosa más que lo que expone en su relato, resignificando su pedido de ayuda como el comienzo de algo diferente, como un cambio en su aislamiento.

Otro punto importante es organizar un plan de acción junto con ella, de acuerdo a la situación que cada mujer plantea. Es necesario alertar acerca de **modelos explicativos o terapéuticos** que aunque puedan resultar útiles en otras situaciones se tornan ineficaces y riesgosos al aplicarlos en mujeres maltratadas y otras víctimas de violencia o abuso produciendo una **segunda victimización y/o iatrogénica**, entre los cuales es posible identificar.²

- Modelos de intervención que culpabilicen o intimiden a una víctima, la dejen desprotegida, la pongan en el mismo nivel de responsabilidad que el victimario o la acusen de gozar, inducir o buscar el maltrato.
- Terapias de pareja o de familia (mediación), cuando se necesita una intervención psicoeducativa: se recomiendan los tratamientos conjuntos luego de completar programas de recuperación para víctimas y para victimarios, si la violencia ha cesado y si la víctima deja de ser tal pues está tomando decisiones en forma independiente.
- Métodos que expliquen la violencia desde la psicopatología o sólo desde factores inconscientes o psicodinámicos, sin perspectiva de género, social o legal.

² COMMISSION ON MINIMUM STANDARDS FOR BATTERERS TREATMENT, Florida, EEUU. 1994.

Intervenciones: riesgos y consecuencias

Otro obstáculo para acercarse al problema de la violencia contra las mujeres en forma respetuosa y solidaria es el uso de los diagnósticos para etiquetar los malestares originados en las injusticias sociales. En lugar de reconocerse las expresiones de un malestar legítimo se buscan patologías en las personas. Así, las manifestaciones de dolor de una mujer maltratada, como el llanto, que son necesarias y deseables, se asumen como inadecuadas, como "descompensaciones" o como crisis nerviosas. Las mujeres que tengan estas manifestaciones de dolor u otras de insatisfacción, como las protestas o las resistencias, corren el riesgo de ser catalogadas como HI. Por la misma lógica, los diagnósticos de paranoia han sido empleados con mujeres que han relatado que sus compañeros las quieren matar. En definitiva, **desde la salud mental tradicional no hay instrumentos para comprender las reacciones lógicas de las mujeres maltratadas, más que en formas que las patologizan.**

Un obstáculo más, relacionado con esta patologización, es la **medicalización** de los problemas sociales. Esto lo comparten con todas las áreas de salud, pues todavía no se incorpora en la práctica en forma efectiva el principio de que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad. El problema no es únicamente que las mujeres maltratadas sean tratadas como enfermas, que se les suministre drogas que las tranquilizan a costa de limitar sus posibilidades de controlar sus vidas, que se las vuelva adictas a las benzodiazepinas, que se las interne en el psiquiátrico o que se les apliquen electroshocks. Resulta necesario no olvidar que aunque el ejercicio de la violencia es responsabilidad exclusiva del agresor, las instituciones actúan sobre las mujeres que la reciben, corriendo el riesgo de desplazar el foco de la intervención. No deben ser ellas las investigadas, las día a día "valoradas", consideradas adecuadas o no, diagnosticadas, empastilladas, examinadas, internadas, violentadas, entre tanto los agresores son considerados simplemente agresores. Su privacidad y su integridad física y emocional no se ven invadida por estas instituciones. Por el contrario, son tratados con benevolencia, incluso cuando son condenados por agresión. Durante años se propuso que las penas de cárcel fueran sustituidas por terapia, para darles una oportunidad de cambio. Para ellos, sus pasados como niños agredidos o abusados han sido una razón para exculparlos de responsabilidades y para darles oportunidades de eludir las condenas.

Consejería en casos de violencia familiar:³

Cuando la **consejería** se ejerce con una víctima de violencia doméstica, se debe tener en cuenta que siempre hay un riesgo potencial de muerte. Por lo tanto, se necesita ante todo tomar los recaudos necesarios para:

³ ASOCIACION ARGENTINA DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, publicado en: www.aapvf.com.ar/Cartilla-Salud.doc

- Asegurar la supervivencia física: una víctima necesita ayuda real, concreta y específica para poner freno al daño que recibe
- No minimizar o desestimar el riesgo ni el peligro
- Ayudar a expresar los sentimientos de miedo y duda
- Facilitar el análisis de un problema generalmente secreto
- Aclarar el debate, ya que muchas personas preguntan por qué les ha tocado vivir así. No hay que dejar que esto distraiga del foco de la urgencia.
- Adaptar la conducta a las circunstancias, intentando encontrar un equilibrio entre la parálisis y la precipitación
- Romper el aislamiento típico de las víctimas, conectándola inmediatamente con personas y/o redes sociales para neutralizar su soledad y desamparo
- Hablar con sinceridad sobre temas íntimos y delicados
- Establecer las bases para que intervengan los servicios correspondientes de seguridad, salud y justicia.

El secreto y la confidencialidad:⁴

Es conveniente promover de manera permanente un examen de conciencia respecto a que actitud se va a adoptar frente a situaciones que, por lo general, involucran delitos. Es necesario guardar un equilibrio entre la confidencialidad, los procedimientos que haya que encarar y el deber de informar cuando hay peligro para la salud y la vida.

La firmeza de principios respecto de los casos de Violencia Doméstica es uno de los propósitos a clarificar e incorporar cuando se cumplen funciones profesionales.

En síntesis, develar los aspectos humanos implicados en el acto terapéutico, es recuperar el sentido del "yo profesional", generar inteligencia en cuanto a la comprensión del "sí mismo" en su práctica.

El ejercicio profesional está anclado en los orígenes de la elección vocacional pero también en los modelos familiares idealizados, en el imaginario social que da significado a dicha profesión, los modelos de identificación, la pugna de saberes y las pertenencias institucionales.

El vínculo terapéutico se basa en la interacción y se da en ese espacio de tensión en la intimidad de quien consulta, en la escucha de su padecimiento, dolencia o sufrimiento. Es en la palabra de quien consulta, donde haya sentido nuestra identidad.

El/la profesional que ofrece atención ante el sufrimiento de un semejante, vibra cuando el relato de quien consulta encuentra una cuerda receptiva en él/ella, ha percibido algo

⁴ Ibídem.

que se puede traducir en comprensión, intuición, que le permitirá incluirse entre quien consulta y su dolor. Esto a condición de que entienda su propia implicación, que desconozca su propia implicación, le impide comprender en profundidad, la significación del hecho terapéutico como un acto de amor.

La Escucha:⁵

Sabernos escuchadas/os podría considerarse una de las necesidades humanas con mayor presencia en cualquier vínculo relacional y sabemos que cuanto más se escucha, más se sabe de esta necesidad, en nuestra tarea no sólo resulta ser una genuina actitud humana y comunitaria, sino que requiere de cierta capacitación, esfuerzo, atención, disposición, tolerancia, tiempo, entrenamiento y cierta actitud psicodinámica, todas estas capacidades que se cultivan con el ejercicio de la práctica y la reflexión de la misma, nos han iluminado en este tránsito de constante aprendizaje, crecimiento y perfeccionamiento.

Las/os técnicas/os profesionales al servicio de la atención en casos de violencia doméstica, requieren descubrir herramientas para operar en la desorganización y ansiedad de quien demanda "**escucha**", intentando contener en algunos casos lo que para quien no ejerce esta práctica singular, quizás sería incontenible, inabarcable, por lo real, por lo dudoso, por lo confuso, por lo mal hecho, por lo posible, por lo peor, por lo necesario y lo complejo.

La tarea es sostenida y básicamente manifiesta la necesidad de afectar, alterar de algún modo posible el curso de la violencia, para que otros escuchen, "para ver lo que no vemos", para que un día una mujer, adolescente o niña/ o, no sienta el dolor del maltrato, para que si a nuestro pesar lo siente, sepa como defenderse.

Elementos que circulan, favorecen u obstaculizan La Escucha:

Hablamos de la necesidad de una **escucha pasiva** y la **escucha activa**, donde interviene de un modo particular la regulación del tono de voz, como instrumento de cambio/intervención, ante los diferentes posicionamientos de quien consulta, sus emociones, sentimientos y modos de manifestarlos, a fin de establecer una comunicación más productiva, articulando los opuestos con intensidad fuerte o débil y la firmeza con calidez, gestionando un mensaje para abrir el silencio o preguntar ante una comunicación pobre, con una "**atención flotante**" (escucha desafectivizada, mecanismo de preservación por conocimiento científico), respetando el tiempo que requiera quien consulta, para comenzar a "escucharse", a partir de esta instancia creativa podemos pensar en cierta dinámica que permita poner énfasis en la exploración del discurso, que de ser necesario aborde a la confrontación de dichos, cuestionando el discurso, para de algún modo evaluar los recursos de quien consulta, teniendo en cuenta

⁵ BARILARI, Sandra, "Desarrollo de La Escucha", en: DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER/SECRETARÍA DE PROMOCIÓN SOCIAL, Poder Hablar, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, s/f.

su sensibilización y manteniendo una distancia óptima, operando en su red vincular y la re-orientación o no de la demanda.

Escucha desde lo explícito (literal), escucha desde lo implícito (lo ulterior), la articulación de estas escuchas dará lugar a una hipótesis que permitirá discernir entre una nueva intervención y/o su derivación.

Es importante tratar de establecer confiabilidad mediante cierta empatía (no identificación), hasta encontrar el "tiempo" de quien demanda, focalizando la temática específica, limitando el anecdótico que podría prolongar un diálogo superficial favoreciendo la dispersión y la verborragia sin lograr profundizar en la problemática.

Resulta fundamental no involucrarse más allá de la distancia óptima sin perder de vista los prejuicios y creencias del/a profesional, que muchas veces escucha un discurso que lo confronta con su propia historia, su propio sistema de creencias, sus propios prejuicios, sus propias limitaciones, estar atentas/os a no manifestar estados emocionales de cólera, compasión, intolerancia, etc. , como expresiones donde se impone el "saber", así mismo se debe evitar la escucha de discursos perversos y/o morbosos.

Humanización de la atención:

Los diferentes modos en que nos afecta abordar las problemáticas de violencia doméstica, pasan en muchas oportunidades por el debate, cuestionamiento y discusión, de qué hacemos y cómo lo hacemos, cuando nos disponemos a atender a una mujer víctima de violencia, hemos dicho y escuchado que "hacemos lo que se puede...", "no hay recursos...", "hay que poner el cuerpo". Una vez más hacemos referencia a las consecuencias de no contar con un espacio para la reflexión de la práctica como parte imprescindible de nuestra tarea, pero sabemos que en este tránsito por optimizar los servicios de atención, los obstáculos institucionales suelen volverse cuestiones personales, y llegamos a responder con nuestros recursos más internos para sentir que hemos hecho todo lo posible, en este camino no sólo hablamos con las mujeres que consultan sino que como bien decimos "ponemos el cuerpo", lo que aquí quisiéramos compartir es el cómo y para qué poner nuestra actitud corporal en la instancia de entrevista.

Por la experiencia de vida que relatan las mujeres maltratadas que consultan, sabemos que se trata de experiencias cargadas de actos, impulsos, insultos, arrebatos, miradas, silencios, gestos, señaladores, sustos, dolores, ocultamientos, manipulaciones, son sólo algunas aproximaciones a las palabras sin diálogo que viven las mujeres atrapadas en el ciclo de violencia, y debemos tener en cuenta que la mujer maltratada es muy sensible al lenguaje no verbal, es muy sensible al contacto corporal, los gestos, los silencios, las miradas...

Es por ello que cuando ponemos en situación de trabajo la actitud corporal, debemos considerar:

- Hablar en un tono sereno pero firme, ofrecer confianza con frases cortas y directas.
- Atender en un lugar cuidado y reservado.
- Sentarnos en una postura receptora y atenta (no cruzarnos de brazos, ni adoptar una posición descansada).
- Mirar a la consultante, de ser posible a los ojos y avisar si vamos a tomar notas.
- Decir claramente el tiempo (reloj) disponible para la atención, aunque debamos extendernos o termine antes, esto suma a la consultante como parte del encuadre y acuerdo inicial.
- No retirarnos de la entrevista imprevistamente, anticipar que podrán interrumpir otras necesidades.
- Acercar la mano, un pañuelo o un vaso de agua, en caso que la consultante descargue su angustia llorando.
- Al cabo de un tiempo necesario para la escucha activa inicial, interrumpir para organizar la información, participando a la consultante de esta acción, solicitando detalles, fechas, etc.
- Devolver la palabra desde esta organización situacional.
- Si fuera necesario integrar a otra/o profesional a la entrevista, preguntar a la consultante y hacerlo con su acuerdo.
- Decir que nada de lo que ella hace o deja de hacer justifica la violencia, que no merece los malos tratos (que no es su culpa).
- Sumar a nuestra actitud algún material escrito de orientación o información (folleto del ciclo), leer junto con ella.
- Mirándola, preguntar qué ha hecho hasta ahora, si ha denunciado o consultado alguna vez, con qué resultados, luego escribir la información y destacar logros.
- Manifestar la existencia de grupos de mujeres para dar apoyo, contención y ayuda entre pares.
- Decir que las cosas pueden mejorar, si se han podido visualizar factores protectores, explicitarlos.
- Agradecer la confianza que ha depositado en este espacio y anticipar nuevos episodios o aumento de la descarga de violencia, si se han podido identificar condiciones de vulnerabilidad y factores de alto riesgo. (ver cuadro de aspectos asociados).
- Establecer situación de apoyo, con quién cuenta, dónde, y para qué.
- Ayudar a promover cambios, llegar a acuerdos posibles.
- De ser necesario elaborar junto a ella un plan de protección (un lugar adonde ir, ropas, pruebas de los malos tratos, informes médicos, documentos, dinero, teléfonos de lugares donde puede alojarse, necesidades de sus hijas/o

La atención humanizada incluye el apoyo y la visualización del riesgo, por lo cual en las sucesivas instancias de trabajo, se debe centrar la atención en el proceso de fortalecimiento de la consultante, respetando su autonomía, confiando y resignificando sus factores protectores, facilitando el acceso a una posible red de contención tanto familiar como comunitaria.

En síntesis, intervención profesional debe incluir *el hacer con* la consultante, tomar posicionamiento claro respecto de los derechos de la consultante, ofrecerle apoyo y opciones para ayudarla, dar información básica sobre violencia doméstica, evaluar recursos y opciones, crear un plan de emergencia, tratar lesiones y síntomas que motivan la consulta, y establecer proceso de seguimiento.

DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN: HERRAMIENTAS EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE DERECHOS

Propuesta de intervención inicial: Encuadre

En primer lugar, se debe pautar una presentación que de cuenta tanto del lugar (institución) como de la persona que atiende (profesional), intentando propiciar un clima confiable, es necesario hacer explícito que las características de la entrevista inicial serán condicionadas al cuidado y respeto por la información recibida. Establecer cuál es la demanda concreta, qué está dispuesta a hacer la consultante y qué espera de nuestro servicio, esto nos permite el intercambio de recursos personales, técnicos e institucionales, que operan organizando capacidades y limitaciones a la hora de sugerir estrategias y recursos de derivación. Sólo mediante una clara evaluación de la demanda se logra ofrecer información que resulte concreta y precisa.

En un segundo paso, se podrá intentar ampliar la información y despejar la confusión si la hubiere, este paso no solo es de utilidad para el abordaje sino también para la consultante ya que esta etapa le permitirá completar su relato recordar y reconectar episodios olvidados, decir en voz alta cosas que permanentemente deshecha del foco de la conciencia minimizándolas, justificándolas, etc. La ampliación de la información tendrá como primer objetivo evaluar el riesgo y en segundo termino esclarecer a la consultante ayudándola a visualizar la situación en la que se encuentra inmersa. En esta etapa es importante ser cautelosa y no obligar a la mujer a "confesarse" y asumir hechos que todavía no puede aceptar, puesto que podemos provocar un efecto rebote.

Al mismo tiempo se gesta un *proceso de tranquilización y restauración de la autoestima* en el cual se plantea que toda víctima de violencia es inevitablemente una víctima de abuso psicológico, se siente humillada y culpable de atravesar por una situación tan penosa. Hay un gran daño narcisístico. Por esto, es muy importante un sostenimiento primario de la víctima; en la entrevista personal tenemos para este fin como instrumento

privilegiado: la mirada que podemos reforzar con la palabra: “veo que sos una mujer con estas y estas características” enfatizando lo positivo que vemos y resignificando lo negativo con términos tales como “en este momento o a partir de tu unión con esta persona...”, tendientes a demostrar que la vemos y la aceptamos”.⁶

También es favorecedor *utilizar con alguna frecuencia su nombre propio*. Si tenemos poca memoria es importante anotarlo donde lo podamos ver todo el tiempo, ya que confundir el nombre si bien es un error justificable desde el punto de vista de la tarea profesional, aumenta los sentimientos de confusión de la víctima.

Devolver a la consultante a un lugar activo y protagónico de la solución de su problema. Esto suele despertar resistencia. Muchas mujeres se visualizan a sí mismas como impotentes, esto forma parte de la desvalorización de que fueron objeto y los roles pasivos en que fueron educadas, por tanto no se puede esperar un cambio con una intervención inicial. En este caso, el dispositivo que resulta más eficaz para un cambio de lugar es el grupo de autoayuda o similar.

Utilizar preguntas que organizan el discurso de quien consulta; seleccionar la información que se ofrece y visualizar los efectos de cada intervención en el diálogo; establecer nuevas decisiones según cuáles hayan sido los efectos logrados (la demandante repara omisiones, personaliza los dichos previos; confronta con el/la profesional; se fuga; etc.); limpiar el campo, es decir, operar sobre prejuicios o creencias que obstaculizan la comprensión del conflicto, su magnitud o consecuencias, por parte del demandante, son parte de los mecanismos desplegados para el abordaje del conflicto planteado y la elaboración de estrategias a seguir y/o consecuente espacio de Derivación.

Espacios terapéuticos: una herramienta al servicio de las necesidades de las mujeres

Resulta esencial que, cualquiera sea el dispositivo a implementar, sea consecuencia de un acuerdo de trabajo, donde se definan no sólo la modalidad sino también el marco conceptual de referencia, los objetivos, las incumbencias, y responda al proceso de atención, dispositivo que permita la visualización de etapas, fases y resolución de conflictos, necesidades y obstáculos que hacen a la eficaz atención integral de las mujeres, es decir no podría ser un espacio aislado y sin contacto con las diferentes instancias de asistencia.

Cualquier abordaje terapéutico, grupal o individual, desde perspectivas vinculares, psicoanalíticas, cognitivas u otras deberá incluir necesariamente la perspectiva de género

⁶ : “Poder Hablar” DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER/SECRETARÍA DE PROMOCIÓN SOCIAL, , Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, s/f.

y la perspectiva de derechos así como los contextos próximos y culturales dentro del proceso de recuperación.

Abordaje individual:

Existen criterios que se han ido construyendo respecto a la adecuación de intervenciones individuales o grupales. Si bien cada institución definirá según sus posibilidades, encuadres y necesidades de las consultantes la modalidad más adecuada, existen algunas referencias mínimas que permiten orientar esa decisión.

El espacio individual no siempre es exclusivo, no necesariamente se mantendrá en forma permanente y tiene un encuadre y duración específicos. La definición de estos aspectos con la consultante en el inicio del proceso, así como el contrato claro respecto a tiempo de duración y objetivos planteados resulta tranquilizador para la mujer y ayuda al encuadre del/a terapeuta.

Es recomendable, entonces, un abordaje individual cuando:

- La situación de violencia es de extrema gravedad y existe riesgo cierto para la integridad de la mujer, requiriéndose favorecer en forma rápida cambios.
- La mujer presenta, a criterio del equipo, problemáticas en su salud mental asociadas, ya sea como efecto grave de la violencia o asociadas a la violencia, por ej. Estados depresivos o cuadros de ansiedad, estados de pánico, etc.
- Por cualquier motivo, la mujer no puede o no desea incorporarse a un espacio grupal
- Por las primeras entrevistas no puede definirse con claridad un diagnóstico psicológico y se requiere su profundización. Este momento del proceso deberá pensarse como una estrategia de cuidado, tanto para la propia mujer como para las integrantes de un espacio grupal al que tal vez no pueda incorporarse.
- Se asocian situaciones de abuso sexual en la infancia o adolescencia, o ha ocurrido violación sexual.

Abordaje grupal:

Diferentes observaciones dan cuenta de la falta de coherencia que se produce en muchos equipos de trabajo respecto a los dispositivos grupales, así como el escaso registro de procesos, logros y obstáculos grupales, que permitirían un trabajo en red intrainstitucional.

Para evitar estas consecuencias negativas es recomendable definir institucionalmente modalidades de abordaje grupal, objetivos de las mismas, etapas del proceso en las que se llevará adelante, duración, estilo y competencias de la coordinación, etc.

De este modo, es posible identificar los siguientes dispositivos grupales para mujeres maltratadas:

- Grupos Operativos: Se conforman con un máximo de 14 ó 16 mujeres, habilitan el ingreso de nuevas participantes de modo permanente pero periódico, son coordinados por una psicóloga social que trabaja en equipo con una co-coordinadora y quien toma registro (crónica) del acontecer grupal.
- Grupos psicoterapéuticos: Se conforman con un grupo reducido de mujeres que ya han hecho un proceso individual a cargo de una psicóloga, no ingresan mujeres después de definido el grupo (cerrado), son coordinados por una psicóloga y muchas veces se suman diferentes profesionales (psicólogas del equipo, estudiantes, supervisoras).
- Grupos de reflexión: No tienen límite de concurrencia, habilitan el ingreso de nuevas participantes de modo permanente pero periódico, son coordinados por mujeres de diferentes formaciones (psicólogas, operadoras comunitarias (muchas veces mujeres recuperadas y rentadas), psicólogas sociales, abogadas, etc.)
- Grupos de Autoayuda: No tienen límite de concurrencia, habilitan ingreso permanente y en cualquier instancia del proceso grupal, son coordinados (en muchos casos de modo rotativo) por mujeres en proceso de recuperación o recuperadas/ pares).

No obstante, conocemos las dificultades que ofrece la construcción de dispositivos grupales, los equipos de trabajo en muchas oportunidades establecen modelos de intervención grupal que toma algunos elementos de cada dispositivo descrito, en este sentido consideramos la necesidad de acuerdos de trabajo que den cuenta de una decisión consensuada respecto al marco conceptual de trabajo para el dispositivo que resulte más conveniente según las posibilidades de cada mujer y cada institución.

De cualquier modo, se sugiere que en el marco de un "Modelo de Atención Humanizada" se haga lugar a un espacio "*para las mujeres*" y de este modo facilitar el empoderamiento esencial para la resignificación de experiencias de vida.

El papel de los grupos y de las redes sociales en la elaboración del trauma social y de la violencia familiar:⁷

La subjetivación, la humanización se producen a lo largo de los tiempos, y la noción de procesos históricos de subjetivación es necesaria también para comprender las formas de ser de los géneros, para revisar críticamente las nociones de trauma sexual,

⁷ AGUIAR, Elina, Asamblea Permanente por los Derechos Humanos/ Comisión de Salud Mental.

sexualidad femenina, etc. Los vínculos y las pertenencias sociales, los nuestros dejan marca y un apuntalamiento o desapuntalamiento en y por sus grupos de pertenencia, de referencia.

La noción de subjetivación y pertenencia social nos permite entender los complejos procedimientos que constituyen a los sujetos y constituyen una cierta manera de ser social, una cierta forma de existencia. Esto requiere trabajar la producción de subjetividad propia de cada entramado social específico con el conjunto de prácticas que lo constituyen, que modelarán a los sujetos que lo sostienen y reproducen (R. Bozzolo, 1999).

C. Sluzki, señala que existe una amplia evidencia de que “una red social personal estable, sensible, activa y confiable, protege a la persona en contra de enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia”. De este modo, las mujeres, en función de una facilitación cultural y un entrenamiento social, tienden a establecer relaciones sociales de mejor calidad, mayor variedad de funciones, mayor intimidad y mayor duración (C. Sluzki, 1996).

En resumen, las redes sociales contribuyen a darle sentido a la vida de sus miembros. Las relaciones con las/os otras/os favorecen una organización de una identidad a través de los ojos (y las acciones) de las/os otras/os, “ser útil, estar para alguien...”, como señalaba N. Stoffels en la recuperación del trauma. Las agentes sociales, ex mujeres golpeadas de los centros de ayuda a víctimas de la violencia social, parten de este presupuesto.

La supervivencia:

Sobrevivir es sobrevivir a la amenaza de otro. Es resistencia a la destructividad. Señala R. Kaes, que para sobrevivir es necesario restablecer la polifonía y la pluri-referencialidad. Lo que urge es restablecer con y en el conjunto lo que fue dispersado, estallado y fragmentado en el sujeto, en sus vínculos.

Se trata desde un nuevo lugar –el de sobreviviente- de renovar el contrato social con las/os otras/os. Esta nueva práctica se produce por y en los vínculos, y redes familiares, sociales y comunitarias. Se trata entonces desde nuestro quehacer terapéutico construir una sociedad que apunte a la humanización de cada una/o y del conjunto, resultando así actores de transformación.

Derivación Asistida:

Dentro del marco de trabajo para un Modelo de Atención Humanizada, la derivación no podrá ser un mero pase mágico hacia otro lugar, ya que como mínimo deberíamos tener conocimiento del lugar de derivación y su funcionamiento o modalidad de atención. Es

por ellos que lo esperable sea una “**derivación asistida**” que implica el trabajo articulado (inter/intrainstitucional), una básica gestión de red, que nos permita trabajar a modo de puente en la derivación y llevar adelante mesas de trabajo donde revisar estrategias de abordaje, aprender con otras/os y establecer un criterio de derivación que no resulte en un viaje interminable para la mujer que consulta, agotando de este modo sus posibilidades de pedir ayuda para cambiar su situación y promoviendo la victimización secundaria que queremos evitar.

Del mismo modo, la base de datos es herramienta de consulta para quien ofrece un Modelo de Atención Humanizada y fuente de información para quien consulta, actuando como continente de las necesidades del/a profesional e instrumento de búsqueda en la definición de la derivación, ya que opera con instancias que van desde una nueva atención en el mismo servicio, el seguimiento en otro servicio, la asistencia personalizada en un espacio interinstitucional, extrainstitucional, en áreas jurídicas, sanitarias, sociales y/o terapéuticas, etc.

Cabe señalar que la experiencia de trabajo habla de las dificultades que ofrece el desconocimiento de algunos recursos de Derivación, ya sean en el ámbito terapéutico, legal o socio-comunitario, requiriendo la permanente actualización de datos/recursos, trabajando para enriquecer los lazos de una red de asistencia e intercambio que favorezca el seguimiento de casos.

INTERVENCIONES PROFESIONALES EN VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: PROPUESTAS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES

REFLEXIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y SUS EFECTOS⁸

El cuidado de quienes cuidan:

“Hasta no hace mucho tiempo, las/os operadores sociales y en particular quienes trabajamos en el tema violencia doméstica transitamos un camino para comprender el **riesgo**⁹ en el que vivían las personas que sufren maltrato social y/o familiar. Trabajamos, asumiendo una cierta inmunidad, desde conceptualizaciones resistidas, en ambientes hostiles y con temáticas agobiantes, como si identificar el riesgo en otras/os no tuviera consecuencias también sobre nuestras vidas. Sin embargo, la aplicación y

⁸ Paggi-Gens. Síndromes traumáticos secundarios. El daño del operador en el trabajo con personas víctimas. En Maltrato Infantil. Riesgos del compromiso profesional. Comp. Dr. Silvio Lamberti. Ed. Universidad. Bs. As. 2003

⁹ **Riesgo**: de latín *resicare*, contingencia o proximidad de un daño. Cada una de las contingencias de la que puede ser objeto de un contrato de seguro. A riesgo y ventura: dicese de las empresas que se acometen o contratos que se celebran sometidos a influjo de suerte o evento, sin poder reclamar por la acción de estos. Correr riesgo: estar una cosa expuesta a perderse o a no verificarse. (Diccionario de la Real Academia Española, Vigésima Edición, Editorial Espasacalpe, Madrid, España, 1997).

desarrollo del cuerpo teórico implicaba necesariamente un posicionamiento diferente del/a operador/a frente a las personas atendidas, y esta postura nos cambió el estilo de la práctica profesional poniéndonos en un lugar de mayor implicación y por ende de mayor riesgo”.

“Somos las personas a las que se les delega que resuelvan o tomen determinaciones sobre graves conflictos socio-familiares, sobre la vida de niños, niñas, adolescentes o adultos que han visto vulnerados sus derechos. Esta responsabilidad conlleva un alto grado de exposición, no siempre percibido o asociado a la actividad por sí mismo o por terceros, que oscila, en los hechos, entre situaciones de daño físico grave (ataques por parte de sujetos violentos a la persona del/a operador/a) hasta serios cuestionamientos en diferentes ámbitos sobre la validez de los fundamentos y aún de los objetivos de la intervención, con el consiguiente daño a su identidad profesional. Una de las premisas básicas del desempeño de esta tarea es la necesidad de respuestas múltiples que requieren de otros actores con formación diferente o no específica en la temática, y marcos teóricos no siempre compatibles”.

“Si bien esto obliga a un debate que es enriquecedor y puede agregar eficacia a las intervenciones, también trae aparejado una tarea de sensibilización de otras/os operadores, de revisión de prejuicios permanente, que se suma al objetivo primordial que es la protección y el amparo de las personas asistidas. Sabiendo que de no hacerlo se maximiza el daño hasta el punto de visualizar, en ocasiones, que una decisión tomada desde un prejuicio no removido puede implicar la muerte”.

Toda esta tarea y sus implicancias han alcanzado a un alto número de sectores profesionales y sociales que comenzaron a identificar más tempranamente la vulneración de derechos y a solicitar ayuda y orientación ante la sospecha de situaciones abusivas. Pero este progreso en el reconocimiento social tiene como contraparte un incremento de la demanda de atención en servicios que si bien hace diez años no existían, en la actualidad están despojados, no convalidados o sostenidos adecuadamente, recayendo sobre las personas y no sobre las instituciones el Interés, la decisión y la responsabilidad de su mantenimiento y eventual desarrollo.

“Así, en escenarios desoladores (espacios reducidos, sin privacidad, no acondicionados para la tarea), sometidos a los vaivenes tormentosos de administraciones erráticas o especulativas, reescribimos historias de terror y dolor con la ideal intención de conferirles ese matiz técnico necesario para que sean escuchadas y creídas por aquellos y aquellas que deben proteger a las víctimas, sin percibir claramente en qué medida nos impacta este rol en el que ambas partes depositan sus expectativas de resolución”.

Actores y guionistas, tramoyistas y productores del drama familiar desencadenado sin otro recurso que nosotras/os mismas/os¹⁰.

¹⁰ Paggi, Patricia- Gens, Isabel., op. cit.

Síndrome de Burn-out¹¹ o Síndrome de Desgaste Profesional (SDP):

El término **burn-out** conocido en español como **“Síndrome de Desgaste Profesional” (SDP) o “Síndrome del Quemado”, “Síndrome de Estrés y Agotamiento Profesional” o “Síndrome de Estrés Laboral Asistencial”** fue descrito originalmente por el psicólogo clínico Herbert Freudenberger en 1974¹². Sin embargo, fue Christina Maslach quien empleó el concepto para referirse a la afectación de aquellas personas que trabajan en contacto directo o continuado con la gente y que después de meses o años de dedicación resultaban desgastadas profesionalmente.

Ahora bien, la definición más utilizada en la actualidad es la descrita por Maslach y Jackson (1986) según la cual se trata de **un “síndrome de agotamiento emocional”, “despersonalización” y “baja realización personal”, que puede ocurrir entre los individuos que trabajan con personas** e incluye las tres dimensiones básicas descritas en la definición: el *agotamiento emocional*, el cual se relaciona con la sensación de haberse sobrepasado emocionalmente y haber agotado los recursos emocionales, la *despersonalización*, que implica una respuesta negativa, insensible o excesivamente despegada a las personas que suelen ser los receptores del servicio o la asistencia, y la *falta de realización personal*, la cual se refiere a una menor sensación de competencia y logros en el trabajo.¹³ Por lo tanto, se trata más de un proceso continuo que de un evento discreto y constituye el paso final en una progresión de tentativas frustradas para afrontar distintas condiciones estresantes.

Este Síndrome refleja, entonces, el producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo y las personas asistidas, resultando en el agotamiento de las reacciones adaptativas, la baja disposición de recursos adecuados para amortiguar el estrés que produce el trabajo y la experimentación de una serie de síntomas ante las demandas del entorno laboral del/la profesional. Su característica es la aparición progresiva de agotamiento físico y psíquico, con sentimientos de impotencia y desesperanza, extenuación emocional y el desarrollo de conceptos y actitudes negativas hacia sí mismo/a, el trabajo, la vida y los demás, que necesariamente se reflejan en la actividad profesional. Su rasgo fundamental es el cansancio emocional, la sensación de no poder dar más de sí mismo con el consiguiente aislamiento del entorno como mecanismo protectorio.

La dimensión esencial es el sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al percibir que no es posible dar respuesta a las demandas en la medida esperada. Esta situación puede adquirir formas evidentes o

¹¹ Del inglés “to burn out”: quemarse, apagarse, fundirse un fusible. (Appleton’s New Cuyás Dictionary, New York, 1966)

¹² FREUDENBERGER, H.J., “Staff Burn Out”, en: Journal of Social Issues, 1974; 30, págs. 159-165.

¹³ MASLACH, C., “Burnout”, en: STELLMAN, J.M., Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, Edición española, Oficina Internacional del Trabajo (OIT) / Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, Madrid, 1998, Volumen 2, Capítulo 34.

menos obvias, como sensación de omnipotencia, duplicación de esfuerzos o dedicación inagotable, como respuesta neurótica ante la amenaza inconsciente de sentirse incompetente.

Manifestaciones individuales, interpersonales y laborales de los síndromes traumáticos secundarios:

Dentro de la esfera individual se encuentran **manifestaciones en los planos físico, psicológico y cognitivo.**

Las **manifestaciones físicas** suelen ser ignoradas durante largo tiempo, hasta que alcanzan consecuencias críticas. Los signos más comunes son¹⁴:

- Cambios en los patrones de sueño
- Cefaleas
- Dolores de espalda
- Disturbios gastrointestinales
- Fatiga
- Hipertensión sanguínea
- Cambios en los patrones de alimentación
- Broncoespasmo
- Mayor susceptibilidad para enfermar
- Tendencia a conductas abusivas de alcohol, tabaco y/u otras drogas
- Posibilidad de desencadenar o agravar enfermedades preexistentes como: coronariopatías, asma, colon irritable, úlcera gastroduodenal, psoriasis, herpes, depresión del sistema inmunitario, etc.¹⁵

Los **síntomas psicológicos** pueden incluir:

- Ansiedad
- Irritabilidad
- Cambios repentinos del humor
- Tristeza y depresión
- Baja autoestima
- Repliegue emocional
- Hipersensibilidad

¹⁴ SEYMOUR, Anne (et. al.), "Mental Health Needs", en: Academy Project Team; National Victim Assistance Academy; Editoras Grace Coleman, Mario Gaboury, Morna Murray, Anne Seymour. 1999, disponible en: <http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/assist/nvaa99/welcome.html>

¹⁵ CAZABAT, E. - COSTA, E, op. cit.

HOUTMAN, Irene L. D y KOMPIER, Michael A. J., "Trabajo y Salud Mental", en: Enciclopedia General de Salud...., op.cit, Capítulo 5.

- Agravamiento o desarrollo de enfermedades mentales como: enfermedad bipolar, esquizofrenia, descompensaciones psicóticas, tendencia a la auto o heteroagresión, suicidio, etc.

Los **síntomas cognitivos** que pueden afectar el rendimiento o desempeño habitual del trabajo son:

- Incapacidad para tomar decisiones
- Bloqueo de la creatividad o evaluación de alternativas
- Disminución de memoria
- Dificultades en la concentración

Se pueden reconocer otros signos, con relación al desempeño laboral o a sus relaciones interpersonales, que han sido identificados por operadores de servicios de asistencia a víctimas, entre los que se pueden enunciar:

- Baja en el rendimiento laboral
- Incapacidad para sentir empatía con todas o algunas personas víctimas
- Incapacidad para concretar objetivos
- Constante frustración con la falta de una adecuada remuneración
- Olvidos atípicos como dejar efectos personales, no recordar citas agendadas, etc.
- Discusiones con amigos o familiares por situaciones insignificantes
- Sentirse agobiado con las demandas habituales del trabajo y sentimientos de que este le consume su propia vida
- Falta de capacidad para ver en perspectiva los estresores
- Sentimientos de falta de reconocimiento y respeto por los continuos sacrificios que el trabajo le demanda
- Deseos de encontrar otra tarea asociados a dificultades para concretarlos

Consecuencias directas en la tarea de asistencia:

La búsqueda de reducción del estrés por parte de las/os operadores puede llevarlos a un mecanismo de repliegue emocional o distanciamiento, cuyo objetivo inconsciente es la evitación de los efectos dañinos sobre sí mismos de las situaciones traumáticas de las/os destinatarios de sus servicios.

Este alejamiento puede llevar a un déficit de empatía que lleve a desarrollar conductas estereotipadas o automáticas que no brindan respuestas particulares a las necesidades de las/os consultantes, ya que no se establece una genuina conexión.

Esta pérdida es doblemente trágica ya que no solo puede delimitar una intervención inadecuada, sino que impide el enriquecimiento que seguramente ha sido una de las motivaciones fundamentales para ingresar en este campo de trabajo.

En condiciones extremas de impacto del cuadro descrito puede aparecer la denominada "silencing reponse" o respuesta silenciadora (Baranowsky 1997, Danieli 1994)¹⁶, definida como la incapacidad para atender a las experiencias de las/os consultantes que resultan abrumadoras, que genera por parte del/a operador un redireccionamiento de las manifestaciones del/a consultante hacia material menos estresante para sí mismo

Algunos aspectos organizacionales que incrementan la tensión:

- El aislamiento: La sensación de ser las/os únicos, o unos de los pocos servicios de asistencia a víctimas, con escasa red de soporte y poca conexión con servicios de otras instituciones
- Falta de poder de decisión
- Falta de oportunidades para el uso de habilidades personales
- Necesidad de responder a las demandas de objetivos generados externamente
- Excesiva demanda (considerado cuantitativa y cualitativamente)
- Necesidad de dedicación full time para la resolución de situaciones complejas, que nunca están contempladas dentro de la retribución
- La desesperanza que generan algunas situaciones altamente complejas a las que no se puede brindar una respuesta rápida ni simple.
- La ausencia de cierre de las situaciones atendidas en crisis, por falta de capacidad operativa o de organización de redes que permitan conocer la evolución de las intervenciones que exceden al servicio en el que se trabaja.
- Conflicto de roles: Habitualmente el profesional requiere desarrollar una multiplicidad de roles, que lo obliga a pasar de ser un contenedor amable y empático a la representación de un papel de defensor de derechos enérgico y aguerrido para que los mismos sean respetados.
- Falta de información adecuada respecto al entorno institucional, que impide prever, programar, conocer recursos y evaluar logros.
- Falta de seguridad económica (estabilidad y adecuación de las remuneraciones) y física (riesgo físico, presencia de peligro)
- Poca valoración de la posición social (por la institución, por terceros y por sí mismo)¹⁷

Ahora bien, introduciéndonos en la cuestión particular de la asistencia a personas víctimas de violencia y sus consecuencias creemos valioso realizar algunas observaciones sobre factores de riesgo y efectos percibidos.

Con relación a la **cuestión individual**, el primer interrogante que se ha intentado responder desde la investigación es si todas/os estamos igualmente expuestos a padecer

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ SEYMOUR. A., op. cit.
HORTMAN I. y KOMPIER M., op. cit.

síndromes secundarios de stress o de desgaste profesional. Parece claro que existen algunas características de personalidad que pueden llevar más fácilmente a una persona sometida a un intenso estrés a desarrollar estos cuadros. Ellas son:

- Sensibilidad a los sentimientos y necesidades de los demás
- Dedicación al trabajo
- Idealismo
- Personalidad ansiosa
- Elevada autoexigencia
- Pertenecer al sexo femenino
- No contar con una pareja o tener escaso apoyo familiar
- Ser un/a profesional con formación y altamente especializada/o en una disciplina

La pregunta que surge inmediatamente ante la lectura de estas características, es si no son "cualidades" que esperaríamos encontrar en aquellas/os operadores que trabajan en áreas de cuidado y asistencia, es decir si quienes cuentan con esa sensibilidad especial no son las/os colaboradoras o compañeros/os de trabajo que deseamos tener o si los elogios que en algún caso recibimos no remiten a nuestro idealismo, sensibilidad y alto rendimiento asociado con la autoexigencia.

Con relación al idealismo, ligado muchas veces a las "causas perdidas", como pueden serlo la defensa de los derechos de las mujeres y las/os niñas/os, de las personas más vulnerables en sociedades con tendencia al particularismo, el éxito personal y con pérdida progresiva de concepciones solidarias, es necesario reflexionar si no estaríamos transformando la virtud o por lo menos la coherencia con la condición humana, en un déficit individual, que en ocasiones tranquiliza las conciencias de aquellos que no arriesgan su salud y siempre permite argumentar desde un supuesto masoquismo de los idealistas, que: "lo hacen porque les gusta" y en consecuencia no debe ser valorado desde sus remuneraciones o condiciones laborales.

Se produce entonces con gran habitualidad la denominada por Aubert y Gaulejac¹⁸ "enfermedad de la idealidad", que más allá de la influencia que pueda producir una tarea en contacto con personas en situación de vulnerabilidad o con daños graves, es producto de una conjunción entre características individuales y el funcionamiento de algunas instituciones.

Incluso, más allá de cuestiones individuales, si las/os integrantes de la institución logran superar alguna de las condiciones estructurales poco favorecedoras, siempre existe como trasfondo la percepción de que desde la formulación de los enunciados existe una disonancia entre lo real y lo discursivo. "No se puede dejar de atender la violencia

¹⁸ GIBERTI, Eva, "Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas", Ponencia presentada en el Primer Congreso Internacional sobre el Niño Víctima ante los Procesos Judiciales: Sus Derechos y Garantías, Buenos Aires, 19 y 20 de octubre del 2000.

familiar y sus consecuencias”, asociado al más bajo presupuesto y las peores condiciones laborales (falta de recursos, falta de supervisión, bajas remuneraciones, excesivo criticismo, falta de estímulos, desprotección legal ante demandas emergidas por la misma tarea, etc.).

Sabemos que desde el punto de vista individual, es necesario tener la “humildad de dotarse de todos aquellos apoyos, guías y condiciones que hacen abordable el desafío”¹⁹ de la asistencia de problemáticas tan graves como las que comprenden las situaciones de violencia dentro de los vínculos intrafamiliares, cualquiera sea su tipo o la persona objeto de la misma. Sin embargo se trata de una condición necesaria pero no suficiente para resguardar a la persona del/a operador/a del posible impacto negativo por la tarea.

Respecto a la naturaleza del trabajo se han identificado colectivos profesionales con mayor riesgo de ocurrencia de síndromes traumáticos secundarios.

Se destacan entre todas aquellas actividades relacionadas con el cuidado y protección de personas en situación de vulnerabilidad, las/os profesionales de la salud, docentes, policías, pilotos, bomberos, miembros de equipos de alto rendimiento,²⁰ socorristas, personas dedicadas a tareas en zonas de desastre, jueces y personal de justicia que trabajan con víctimas.

En el caso del trabajo con personas víctimas existen fuentes particulares de estrés que surgen de la necesaria disposición y gran desgaste emocional que produce el contacto con personas que sufren trauma. Dentro de estas situaciones el trabajo con niñas/os que han sufrido repetidamente abusos sexuales u otros abusos, el trabajo con familias con víctimas muertas, la certeza de riesgo de más abusos sobre las personas asistidas incrementan la exposición a situaciones altamente estresantes.

En esas circunstancias, la necesaria empatía que permite establecer la relación de ayuda conlleva a vivenciar la magnitud del sufrimiento del/a otro/a, y la propia limitación en la posibilidad de reparar el daño, más allá del recurso e idoneidad profesional.

Aquí comienza la ardua tarea del/a operador para resguardar su persona , su salud y la efectividad de su tarea como una de las formas de cuidar a la persona asistida.

El riesgo inmediato que debe evaluarse en forma permanente y cuidadosa es el límite entre el compromiso necesario y la sobreimplicación (hasta dónde es necesario, cuánto es suficiente).

¹⁹ MALACREA, M.; Trauma y reparación, el tratamiento del abuso sexual en la infancia, Editorial Paidós, Barcelona, España, 2000.

²⁰ PALACÍN, M. “Promover salud en los equipos de trabajo”, en: Prevención e intervención del síndrome del burn-out en los equipos de trabajo, disponible en: http://www.burcet.net/q/recursos_q_articulos/vburn_out_palacin.htm

Una última observación con relación a la naturaleza del trabajo con personas víctimas de violencia familiar es la consideración del rol de contención y preservación de derechos en forma paralela a la tarea de sensibilización, cuestionamiento de prejuicios y docencia en el plano ideológico, que se agrega como una tarea difícil y permanente, que desgasta y obliga a mantener alerta al operador sobre posibles deslizamientos, personales y de otras/os profesionales con los que interactúa..

En síntesis, es difícil, tanto para las/os profesionales de la salud mental, como para las/os de trabajo social y otras/os operadores en esta problemática asociar su labor a la producción de situaciones disruptivas, al uso y la provocación de situaciones de crisis, ya que, por formación, estamos acostumbrados a trabajar para reducir tensiones y ansiedades, no para provocarlas.²¹

Ahora bien, desde el punto de vista organizacional, la necesaria interdependencia profesional y la articulación inter e intrainstitucional puede conducir a sentimientos de rivalidad profesional o de cooperación y alivio, según el grado de claridad de las respectivas funciones y de la comprensión de los objetivos y los métodos utilizados por las diferentes áreas, personas o instituciones. Evitar la rivalidad profesional es un tema crítico.

La tarea interdisciplinaria es valorada en la actualidad, y desde hace mucho tiempo, como una herramienta indispensable para el desarrollo de la mayoría de las tareas asistenciales. Sin embargo, en el desempeño cotidiano se pueden observar serias dificultades, que se expresan en un cada vez más marcado aislamiento de cada una/o de las/os integrantes de los equipos, más allá de su formación profesional y en casos más graves a una competencia peligrosa.

A nuestro criterio, la temática de violencia doméstica tiene en sí misma una dificultad agregada, con respecto a otras cuestiones psicosociales, que impregna negativamente la práctica: la casi necesaria adopción de posturas personales.

Aún hoy, llevar más allá de los enunciados la defensa de los derechos individuales y de algunos colectivos no es una cuestión "laboral", sino una posición ante la vida. Esto conlleva un doble riesgo: Impregnar con interpretaciones o cuestiones subjetivas las opiniones profesionales, criterios y recomendaciones o ser identificados por otras/os con diferentes posturas como "militantes" cuando se ejerce con claridad la defensa de derechos.

En ocasiones puede suceder, por ejemplo, que un/a profesional en particular llegue a identificarse con la posición y bienestar de uno de los miembros de la familia. Esto puede ocasionar una situación donde se desarrolla un desacuerdo profesional, que a

²¹ SANZ, D. y MOLINA, A., Op. cit.

menudo se relaciona ostensiblemente con problemas prácticos, tales como los arreglos para las visitas,²² Conflicto por delegación (Furniss, 1983, citado por Danya Glaser) en el cual las diferencias y los sentimientos no resueltos de los miembros de la familia se expresan por intermedio de los profesionales.

Cuando esta situación se plantea entre integrantes de diferentes instituciones, alguna de las cuales tiene un mayor poder de decisión o un status social percibido mayor, necesariamente las consecuencias dañarán no sólo a las personas asistidas, sino a los profesionales implicados y/o a la relación institucional, muchas veces teniendo como punto de partida un insuficiente debate previo sobre la comprensión del fenómeno de la violencia y sus formas de resolución.

Imperceptiblemente, dentro y entre los equipos comienzan a reproducirse mecanismos violentos de relación interpersonal, que solapados por el refinamiento que le otorga el discurso profesional, nos coloca en una posición de isomorfismo con las situaciones que estamos atendiendo.

De este modo, así como la respuesta individual desadaptativa ante el estrés laboral contiene mecanismos de deshumanización, o despersonalización, con actitudes cínicas, negativas e insensibles, cuando los efectos se trasladan a las relaciones grupales o institucionales aparecen la culpabilización, el hipercriticismo y la rivalidad como manifestaciones altamente nocivas. Las decisiones no se toman con excusas banales, la información es considerada inválida o insuficiente, dependiendo de dónde provenga, las sugerencias o recomendaciones no son consideradas, los contenidos del discurso profesional muestran en una segunda lectura diatribas que utilizan ese medio para entablar discusiones ideológicas.

Se establece así un círculo vicioso, que en forma vicaria daña tanto a las personas asistidas como a aquellos profesionales que participan en estos mecanismos perversos, a veces sin siquiera percibirlo.

Dos últimos factores trascendentes que contribuyen al desarrollo de los síndromes de desgaste profesional, no menores, pero mayoritariamente minimizados son: las condiciones en las que se desarrolla la tarea y la valoración de la misma. La primera cuestión requiere de un esfuerzo institucional que no está instalado, como prioritario y que en lugar de conformarse como condiciones mínimas básicas de funcionamiento, deben ser gestionadas y/o resueltas en forma paralela al desempeño de la tarea específica y en ocasiones desestimadas (acondicionamiento de los espacios, presencia de los recursos instrumentales necesarios para el trabajo con niños, niñas y adolescentes, previsión de condiciones de seguridad).

²² GLASER, D – FROSH, S, Abuso sexual de niños, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1997.

“La violencia de estos días no discrimina personas ni funciones. Va mas allá del riesgo lógico que cada profesión conlleva. No se trata ya de una reacción violenta durante una entrevista o visita, sino del cúmulo de circunstancias que transforman un informe domiciliario en un viaje sin garantías, sin que tenga que ver con las personas involucradas (...) Dejan de ser episodios individuales ligados a la ‘mala fortuna’, para inscribirse como situaciones colectivas que ameritan soluciones de conjunto”²³.

En cuanto a la valoración de la tarea, en la relación cotidiana interpersonal, consideramos que es competencia ineludible del coordinador. Dentro de sus funciones está identificar a aquellos operadores y/o profesionales que por su condición de vulnerabilidad, características individuales o grado de afectación no pueden poner un límite a su actividad profesional ligándola a cuestiones de valoración personal y evitar la sobrecarga de trabajo y el exceso de demanda sobre ellos. El coordinador debería tener a su cargo el rol de articulador con sus superiores jerárquicos no sólo para informar sobre las metas cuantitativas sino para cualificar la tarea desempeñada por el equipo y en ese sentido proponer que sea valorizado el compromiso, el esfuerzo y la capacidad profesional.

Un coordinador que no puede definir los roles de cada uno de los integrantes del equipo, facilitar un desarrollo e intercambio armónico, identificar tempranamente las dificultades individuales e interpersonales, proteger de la excesiva demanda de asistencia y de las exigencias institucionales se transforma en un factor de riesgo para la aparición del síndrome de burn-out para sí y el resto de sus colaboradoras/es.

Prevención del desgaste profesional:

“Sabemos de la angustia que ocasiona la violencia que transita en una entrevista y todo lo que moviliza, provocando muchas veces, un desborde de estímulos displacenteros difíciles de procesar. A causa de esto y si esos estímulos no pueden ser elaborados, producirán un efecto tóxico en el psiquismo que necesitará ser descargado provocando, muchas veces, nuevos circuitos de violencia. Como ya hemos señalado estos pueden ser expresados en la persona del/a profesional o en el campo de la entrevista donde se puede violentar a quien consulta o en el interior del equipo”²⁴.

Ante estas consecuencias de las prácticas de intervención en situaciones de violencia, plantearemos medidas preventivas que las denominamos **“el cuidado de quienes cuidan”** y consisten, básicamente, en que las resonancias subjetivas de la tarea asistencial sean trabajadas y esclarecidas en los espacios institucionales o grupales destinados a tal fin, para lograr la regulación y el saneamiento de las tensiones ocasionadas por el trabajo en violencia.

²³ ATANCE MARTINEZ, J., “Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burn Out en Personal Sanitario”, en: Revista Española de Salud Pública, España, marzo 1997.

²⁴ VELÁSQUEZ, Susana, “Los Efectos de ser Testigo: Profesionales frente a la Violencia”.

De este modo, podremos empezar a pensar en un espacio de Atención que permita remitir a prácticas seguras y cuidadas, tanto para quien consulta, como para quien ofrece su ayuda.

Es necesario, reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el síndrome de desgaste profesional o síndrome de burn out, y que se utiliza un modelo de intervención de varios componentes integrados de forma complementaria. Pueden instrumentarse técnicas orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral, que integren, de forma flexible, la consideración del individuo (diferencias y preferencias personales) y de la organización (características, normas, ambiente de trabajo, etc).²⁵

A modo de síntesis, y con un objetivo meramente descriptivo, se ha elaborado un cuadro con posibles variantes de intervención en cada uno de los niveles.

Desde el **punto de vista preventivo**, la estrategia debe estar centrada en la actuación sobre ciertas condiciones de trabajo, en la modificación de ciertos aspectos organizativos, teniendo como objetivo primordial la eliminación de tantas causas como sea posible, de forma que pueda reducirse el estrés existente así como prevenir su aparición en el futuro.²⁶

Dentro de esta línea podemos considerar la orientación para las/os **nuevos profesionales** que comienzan la carrera. Para ello, pueden proveerse programas especiales de prevención y entrenamiento en afrontamiento del estrés laboral, que les proporcionen modelos ajustados a la realidad de su profesión en vez de alentar expectativas erróneas. En este sentido, es que algunos autores, entre otros Cherniss, han propuesto un sistema tutorial de acogida y orientación profesional, que incluya procedimientos eficaces de identificación de problemas, resolución de conflictos y de participación en la toma de decisiones.²⁷

A **nivel individual**, el objetivo de la intervención trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia de los operadores para afrontar de forma más eficiente los estresores propios de la función laboral y potenciar la percepción de control y la autoeficacia personal.

Otra variable que hay que considerar dentro del **nivel grupal e interpersonal**, es la de mejorar el soporte social de compañeras/os y superiores. El soporte social satisface la necesidad humana básica de comunicación entre las personas, además de proporcionar

²⁵ MINGOTE Adán, J.C.; "Síndrome burn out o síndrome de desgaste profesional", disponible en: [www.http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=4767&dede=losmasleidos](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=4767&dede=losmasleidos)

²⁶ DAZA, F.M.; Nogareda Cuixart C. , "NTP 438: Prevención del estrés: intervención sobre la organización".

²⁷ CHERNISS C., Staff burnout job stress in the human services, Sage Publications, Beverly Hills, 1980.

información técnica, supervisión y soporte emocional adecuados. Todas las investigaciones específicas apuntan que la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de burn out, incrementando la satisfacción laboral y la calidad de vida del operador.

Dentro de la **organización laboral** es importante, tal como plantea Mingote Adán: "conseguir un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias de la función laboral para reducir el estrés de la misma, a través de cursos específicos de formación continuada dirigidos, por ejemplo, a mejorar los recursos instrumentales para la tarea diagnóstica y terapéutica, como a aumentar la competencia psicosocial del profesional."²⁸

MEDIDAS PREVENTIVAS	Reducen el riesgo de aparición del síndrome a través de diversas estrategias en múltiples ámbitos	<ul style="list-style-type: none"> · Monitoreo de la autovulnerabilidad al ingreso a la tarea. · Ayudar a adecuar las expectativas a las posibilidades. · Proveer oportunidades al equipo de experiencias de trabajo cooperativo para buscar estrategias.
MEDIDAS CORRECTIVAS	Intervenciones a nivel individual	<ul style="list-style-type: none"> · Técnicas de afrontamiento de estrés con ensayo conductual. · Técnicas de relajación. · Técnicas de autocontrol. · Técnicas dirigidas a restablecer y/o fortalecer lazos con las/os compañeros de trabajo. · Técnicas de promoción del trabajo en equipo. · Higiene emocional, limitando el desarrollo de la tarea al lugar de trabajo. · Intervenciones dirigidas a establecer fronteras entre el trabajo y la vida privada.

²⁸ MINGOTE Adán, J.C., op cit.

	<p>Intervenciones a nivel grupal</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Generar espacios de Co-Visión. · Aumentar comunicación sobre cuestiones de trabajo y problemas comunes. · Favorecer la obtención de apoyo emocional y social entre los pares. · Reducir la tensión emocional en el lugar de trabajo. · Enseñar a los miembros estrategias cognitivas de afrontamiento. · Fomentar asesoramiento entre los miembros sobre recursos y estrategias de otras/os compañeros. · Construcción de REDES.
<p>MEDIDAS CORRECTIVAS</p>	<p>Medidas organizacionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Mejorar condiciones ambientales y clima laboral. · Aumentar la sensación de seguridad en el empleo.²⁹ · Mejorar las redes de comunicación organizacional. · Optimizar los recursos. · Regular la demanda con respecto al recurso. · Supervisión externa por profesional experto. · Desarrollar procesos de retroalimentación sobre el desempeño del rol. · Valoración de los resultados en relación a los objetivos institucionales y el recurso asignado. · Redefinir el puesto de trabajo para que resulte enriquecedor. · Programa de capacitación en servicio. · Promoción escalafonaria.

²⁹ BEATON R., "Ansiedad relacionada con el trabajo", en: Enciclopedia de Salud ..., Capítulo 5.

En conclusión, el síndrome de desgaste profesional o burn out es un problema social y de salud pública, además de un reciente campo fecundo de investigación epidemiológica y clínica sobre el estrés laboral. Se trata de un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo asistencial, que daña la calidad de vida del empleado, operador y/o profesional que lo padece, disminuyendo la calidad asistencial, con aumento de los costes económicos y sociales.³⁰

Para abordar este problema, la primera medida es que las/os involucrados puedan saber cuales son las manifestaciones del síndrome y reconocer en si mismos y en su entorno los signos de estos efectos. Solo así, podrán incidir sobre las organizaciones para solicitar y co-gestionar los cambios necesarios. Si bien entendemos que debe ser una responsabilidad compartida el incluir variables que permitan prevenir y/o corregir tempranamente los efectos del síndrome - pudiendo para ello utilizar como basamento teórico las investigaciones y desarrollos que se vienen realizando en Argentina y en otros países, adaptándolos al contexto local – no tiene que representar una obligación más que recaiga sobre los operadores y/u otros profesionales sin tener el compromiso institucional activo de las organizaciones en donde desarrollan su trabajo-“.³¹

Espacio de Co-Visión:

Reflexionar en grupo acerca de la práctica cotidiana, permite salir del aislamiento y la fragmentación en la que muchas veces el trabajo en instituciones genera. El grupo actúa como espacio contenedor de las ansiedades promovidas por el desempeño del rol, permite pensar en conjunto estrategias posibles para brindar a quien consulta y al/a profesional, para resolver las situaciones que se le presenten.

Con relación a los atravesamientos, resulta imprescindible detectar cuanto de la temática se instala en los equipos de trabajo, y el aislamiento es una de las características principales de las personas que consultan, la falta de soportes sociales y redes es lo primero que van perdiendo, con lo cual una de las formas de dar una respuesta a estos casos es pensar y proponerles estrategias para ir reconstruyendo las redes perdidas, ahora bien para ofrecer dicho recurso el/la propio/a profesional necesita pensarse en un entramado de redes tanto con sus compañeros/as como con los servicios a donde derivar.

El espacio de reflexión de la práctica profesional, tiene como objetivos permitir que estas redes se construyan entre las/os propios integrantes, siendo la confianza mutua uno de los pilares a partir de la cual la construcción se haría efectiva, confianza que permitiría mostrar las dudas, preguntas, la forma en que una demanda afecta de una u otra manera en cada integrante. Esa red interiorizada permite no sentirse solo/a a la hora de dar respuesta a una consultante, permite un mayor ejercicio de la disociación

³⁰ MINGOTE, Adán, op. cit.

³¹ PAGGI-GENS, Op. Cit.

instrumental, es decir poder detectar cuanto del caso afecta subjetivamente al/a profesional y desde allí poder operar en función de quien esta demandando.

Este aislamiento en el que se encuentran quienes padecen situaciones de violencia, es justamente lo que se intenta evitar en los/as equipos de profesionales que trabajan en la asistencia de dicha población, los grupos de reflexión funcionarían al servicio de evitar dicha situación.

Por otro lado, se intenta con este espacio el reconocimiento propio de los recursos profesionales y el reconocimiento del resto del equipo, para ser utilizados como estrategias posibles en caso de necesitarlos, se favorece también el armado grupal de estrategias para resolver situaciones diversas, esperadas muchas veces e inesperadas también.

Conocimiento y optimización de la práctica profesional:

“El conocimiento descriptivo representa los estamentos de hecho que proveen marcos de acción con los cuales las personas trabajan (...). Estos hechos son a menudo aplicaciones de conocimiento científico, (...) el conocimiento descriptivo se aproxima al conocimiento formal de una ‘disciplina’ dado que describe las cosas como son en forma de reglas, conceptos abstractos y principios generales. Como todo conocimiento tecnológico, el descriptivo encuentra su significado en la actividad humana.”³²

El conocimiento prescriptivo resulta, entonces, de los sucesivos esfuerzos por lograr mayor efectividad, tales como crear procedimientos u operaciones, y sufre agregados y alteraciones a medida que se gana mayor experiencia. El conocimiento prescriptivo es más que un simple saber hacer no intelectual puede ser comparable a la adquisición de conocimientos intelectuales y a menudo se basa en tales conocimientos. Sobre este tipo de conocimiento es factible identificar reglas o máximas técnicas que configuran un método de trabajo precientífico. El conocimiento prescriptivo se genera por medio de la experimentación, el ensayo-error y se usan formas específicas de testeo para hacer predicciones, razón por la cual puede ser identificado como un nivel preteorético. El conocimiento prescriptivo se asemeja poco a los principios y leyes científicos y es un desarrollo de aplicaciones específicas. Es difícil de codificar en una forma general y es poco susceptible de generalizaciones instruccionales que van más allá de una actividad particular.

El conocimiento tácito es implícito. Es el resultado del juicio individual, la habilidad y la práctica. Este conocimiento no se expresa formalmente con facilidad. Descripciones, diagramas e imágenes ayudan a explicarlo, pero la mayoría de sus resultados provienen de la práctica y de la experiencia.

³² Citado por DOVAL, L., en: INSTITUTO CAPACYT, Módulos del Espacio de la Fundamentación, Provincia de Buenos Aires, febrero de 2000.

Resulta importante el reconocimiento de la tarea llevada a cabo por parte de las/os integrantes de cada equipo, favoreciendo de esta manera un incremento en la confianza y autoestima. Aspectos importantes a resaltar en especial cuando se trabaja con problemáticas psicosociales complejas y tóxicas. Espacio necesario si se trabaja desde la salud para cuidar/sanear a quienes cotidianamente desempeñan esa tarea,

El grupo de reflexión de la práctica tiene el objetivo de ofrecer contención y sostén a quienes deben contener y sostener, el propio equipo de trabajo con su presencia física, para acompañar la labor cotidiana, o interna cuando uno/a se encuentra solo/a frente a la atención, actúan como sostén y apoyo, son la red interna necesaria para poder hacer frente e intentar dar respuesta al pedido de la comunidad.

ACERCA DE LOS SABERES Y QUEHACERES EN TEMÁTICAS PSICOSOCIALES

Las prácticas de las/os profesionales de áreas sociales.³³

Podríamos comenzar preguntando: ¿Cuáles son los tipos de conocimiento sobre los cuales descansan las decisiones cotidianas de la práctica profesional?

La epistemología actual distingue dos grandes grupos o tipos de conocimiento: conocimiento científico y conocimiento tecnológico; este último es práctico, y a diferencia de la ciencia, no tiene por objetivo comprender y explicar los fenómenos naturales o sociales, sino actuar sobre dichos fenómenos, a fin de satisfacer necesidades o deseos.

Precisamente en ese punto surge la necesidad de disponer de material escrito, sistematizado que recoja la experiencia transitada por los saberes y que de alguna manera haga explícito todo el conocimiento tácito que ha sido construido a partir de la experiencia de la acción. El proceso de intentar sistematizar los conocimientos de la experiencia, de construir acuerdos explícitos de trabajo, sin embargo, es un tránsito plagado de dificultades interpersonales y librado a la iniciativa del grupo de personas que más visualizan la necesidad. Resulta llamativo que este tipo de proceso no constituya parte de las rutinas y exigencias institucionales laborales propias del ejercicio de la tarea.

¿Qué es construir códigos comunes en los equipos de trabajo?

Los/as profesionales de los equipos crean palabras u oraciones que utilizan entre ellos/as, atribuyéndoles una significación distinta de la cotidiana, para su utilización exclusiva; así se va construyendo un lenguaje común usado extra-equipo.

³³ LOMBARDI, Graciela, "Aportes para promover el análisis reflexivo".

Implica llegar a un nivel de acuerdo en la comunicación que se establece entre los individuos, es decir, acerca de aquello sobre lo que están conversando. Consiste además en la identificación de lo que van hacer en cada momento.

¿Todos los acuerdos son iguales? ¿En qué se fundamentan los acuerdos?

Existen varios tipos de acuerdos, a saber:

Acuerdos sustantivos: son aquellos que se sostienen, fundamentan y recrean a partir de conocimientos académicos, profesionales, científicos. Esos conocimientos son la base de muchos procedimientos que definen el quehacer y las intervenciones del/la profesional.

Acuerdos procedimentales: son aquellos que se fundamentan en la búsqueda de metodologías eficaces y eficientes para el logro de los objetivos. Pueden ser modificados por otros procedimientos que sean o parezcan ser más eficaces. Si bien deben tener fundamento sustantivo en todos los casos, su carácter procedimental hace que el objetivo pueda lograrse por más de un camino, y se acuerde privilegiar alguno por considerárselo "el mejor". La evaluación del procedimiento más eficaz surge de un análisis consensuado de la experiencia concreta.

Acuerdos institucionales: son aquellos que se fundamentan en normativas o encuadres que proceden de la coordinación del servicio, que surgen de la pertenencia e inserción institucional.

"También es necesario para que la toma de conciencia se opere, crear un clima que permita contar lo que se hace sin miedo al ridículo, la desaprobación o la envidia. No se puede contar, inclusive en una relación de absoluta confianza, más de lo que se sabe. Es uno de los límites del intercambio sobre las prácticas. Una animación activa sin ser agresiva permite, hacer decir a cada uno un poco más de lo que se podría confesar en su interior, porque esto es lo solicitado, es parte del juego, una reciprocidad, una curiosidad" (Perrenoud).

¿Qué actividades pueden ayudar a un grupo de prácticos a transitar procesos reflexivos?

La escritura permite poner a distancia construir representaciones, constituir una memoria, releerse, completar, avanzar sobre las interpretaciones, preparar otras observaciones.

Sin embargo, el fortalecimiento de redes institucionales que cooperen para garantizar un servicio a la comunidad desde el mandato ético social originario, debería impulsar el desarrollo de procesos institucionales de reflexión sobre las prácticas. ¿Para qué? Para instalar prácticas de calidad, para instalar miradas estratégicas tanto del propio campo de intervención como de los campos de intervención complementarios. Sólo desde ese

saber reflexivo es posible comprender la práctica del otro/a, es posible articular acuerdos de intervenciones complementarias, en síntesis, cooperar interinstitucionalmente para dar respuestas a los desafíos cada vez más complejos de la comunidad hoy.

¿Qué le pedimos a un/a profesional práctico cuando debe transmitir su saber?

Según sostiene Perrenoud: "No sabemos constantemente lo que hacemos aunque tengamos vagamente conciencia de ello; no sabemos por qué actuamos de determinada manera, como si nuestra acción fuera "natural" surgiera de ella misma, sin exigir explicación".³⁴

¿Cómo permitirnos reconocer que no sabemos del todo cómo o por qué reaccionamos de tal o cual manera? O bien ¿Cómo no paralizarnos ante el imprevisto cuando descubrimos o tomamos conciencia de que parte de nuestras decisiones no se fundamentan en las reglas explícitas que nos contienen y enmarcan nuestro desempeño?

Estas dificultades, comunes a muchas prácticas profesionales, son transformadas en una oportunidad cuando se comienzan a visualizar, a partir de actividades concretas, las ventajas de encarar grupalmente un proceso continuado de análisis de las prácticas reales. El resultado de estos procesos reflexivos, es siempre la construcción de conocimientos explícitos que permiten ampliar, fundamentar, anticipar, fortalecer las decisiones personales ante la urgencia o el imprevisto. El otro gran resultado consiste en definir o consolidar la propia identidad del campo de desempeño que es motivo de análisis reflexivo.

La situación contraria, es decir, el encierro de las prácticas en el conocimiento tácito, convierte a sus sostenedores en "artesanos", cuando no "brujos", cuya capacidad nadie pone en duda, pero que ahogan el crecimiento de sus prácticas en la incomunicabilidad de sus haceres y saberes individuales. Hemos partido de reconocer que estos conocimientos surgen de la acción concreta y sustentan futuras acciones; también, damos valor a los componentes subjetivos que entran en juego durante su construcción. El reconocimiento de tales componentes subjetivos no debería, no obstante, confundirse con atribuir un cierto carácter privado a los conocimientos tácitos. Las prácticas sociales están regidas por un mandato ético que entre otros rasgos, confieren carácter de bien social y público a los saberes que las sustentan. Cualquier pretensión de amparar los conocimientos adquiridos en el desempeño profesional aduciendo la defensa de la privacidad de los mismos, constituye un desvío del imperativo ético que regula las prácticas sociales que estamos analizando.

³⁴ PERRENOUD, P, El trabajo sobre los hábitos en la formación de los enseñantes. Análisis de las prácticas y toma de conciencia, Faculté du Psychologie et de Sciences de l'éducation, Ginebra, 1995.

La propuesta de reflexión sobre las prácticas tiene otros importantes resultados, además de los anteriormente mencionados: constituye el mejor antídoto contra la rutinización, el empobrecimiento de los desempeños laborales profesionales, y la vivencia de aburrimiento o de desgaste que produce toda práctica repetitiva.

CONSTRUCCIÓN DE REDES

Para concluir, la construcción de una red debe procurar:

1. AUNAR ESFUERZOS

- Potenciar esfuerzos de instituciones y personas con objetivos convergentes.
- Coordinar actividades, dividir el trabajo y evitar superposiciones.
- Superar perspectivas parciales y fragmentadas.

2. ASEGURAR MAYOR PROFESIONALIDAD

- Facilitar consultas a expertos sobre los problemas.
- Organizar una red de información e intercambio mutuo.
- Permitir la consideración, el análisis y el manejo sistemático de un abanico de alternativas intersectoriales e interdisciplinarias.

3. LOGRAR MAYOR EFICACIA

- Trabajar con mayores recursos humanos y materiales.
- Concretar programas conjuntos y en cooperación
- Facilitar reacciones ágiles y eficaces ante emergencias.
- Posibilitar respuestas oportunas integrales, ágiles pero profundas.
- Presionar en conjunto por alcanzar objetivos y propuestas comunes.

4. OBTENER MAYOR INFLUENCIA EN LA SOCIEDAD

- Ejercitar medidas de control y supervisión
- Efectuar pedidos conjuntos
- Dar visibilidad a los problemáticas sociales y expresándolas a través de los medios de comunicación social.
- Lograr más respeto y credibilidad en la sociedad. Actuar con mayor organización.