



Universidad de Valladolid



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID**

MÁSTER EN ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

AFECTACIÓN PSICOEMOCIONAL EN EL PROFESIONAL DE LA AYUDA DEL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

INDICACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS ARTETERAPÉUTICOS

Pacheco Grano de Oro, Marta

DNI: 45498714-E

Tutora Académica: Carmen Gómez Redondo

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CURSO: 2015-2016

Facultad de Educación y Trabajo Social

Universidad de Valladolid (UVA), Junio 2016

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Preguntas de investigación y Objetivos	7
3.1. Objetivo general	8
3.2. Objetivos específicos	8
4. Marco teórico de referencia	8
4.1. La relación terapéutica	9
4.2. Control y emoción	10
4.3. El dolor y el sufrimiento	15
4.4. Detonantes de afectación psicoemocional	16
4.4.1. La autolisis de un paciente	16
4.4.2. Presión social y autoexigencia	18
4.5. Tipos de afectación	21
4.5.1. Estrés, TEPT y Síndrome de <i>Burnout</i>	21
4.5.2. La fatiga por compasión y el trauma vicario	24
4.5.3. Otras sintomatologías	26
4.6. Aspectos positivos de la acción terapéutica en Salud Mental	28
5. Metodología	30
5.1. Posicionamiento metodológico	30
5.2. Diseño de la investigación	30
5.3. Recogida de datos	32
5.4. Análisis de datos	34
6. Resultados	35
7. Indicaciones para la implementación de programas arteterapéuticos en Salud Mental	39
8. Conclusiones	42
9. Referencias bibliográficas	45
Anexo I: Cuestionario	49

1. RESUMEN

En numerosas ocasiones, el/la profesional de la ayuda que se dedica al ámbito de la Salud Mental, desempeña su trabajo en contextos donde existe un elevado y constante nivel de estrés, sobrecarga laboral, turnos rotativos, urgencias, frecuentes situaciones de contacto con el dolor, el sufrimiento y la muerte, e incluso, en algunos entornos específicos, sometido a una alta exposición de incidentes críticos¹ (Ruiz y Ríos, 2004; Mingote, Moreno y Gálvez, 2008; Ortiz, 2008). Todo ello ha motivado nuestro interés en conocer cómo consiguen reequilibrarse emocionalmente, qué recursos y mecanismos utilizan para obtener una adecuada homeostasis psicoemocional. Y si existen programas preventivos y protocolos establecidos para paliar la afectación psicoemocional que esto puede ocasionarles.

Al investigar este campo de estudio, advertimos un vacío de información en este tipo de cuestiones, el cual se manifiesta de forma más acuciante desde el ámbito del arteterapia. Por ello, este trabajo se plantea como una investigación que indague en este tema. Y, aporte además unas líneas de actuación arteterapéutica que den respuesta a las demandas psicoemocionales detectadas en el/la profesional de la ayuda, a través de una revisión teórica y un análisis de los resultados obtenidos en un cuerpo empírico, desarrollado a partir de una metodología *ex-post-facto* específica.

Palabras clave: Salud Mental, afectación psicoemocional, relación terapéutica, profesional de la ayuda, arteterapia, homeostasis emocional.

¹ El psicólogo americano John Clemons Flanagan publica "The critical incident technique" en la revista American Institute for Research and University of Pittsburgh". En esta obra, escrita en 1954, Flanagan desarrolla una técnica que integra la narración de experiencias propias dentro de un estudio de observación sistematizado, planteado como un instrumento para mejorar el entrenamiento de los pilotos militares del ejército americano (Flanagan, 1954). Posteriormente, otros autores emplearon y analizaron esta técnica dentro del contexto médico, más concretamente en el campo de la anestesiología (Cooper, Newbower, Long y McPeck, 1978). Enfocado al ámbito que nos ocupa (ayuda psicosocial), consideramos la acepción de Carla Uriarte, quien define los incidentes críticos como aquellas situaciones donde se pone en peligro la supervivencia de la persona, afectando a su integridad física o bienestar psicológico. Suelen darse en casos límite, como por ejemplo: robos con violencia, secuestros, violaciones, catástrofes naturales, etc. (Uriarte, 2008).

2. INTRODUCCIÓN

Entre los diferentes perfiles de profesionales que podemos encontrar en Salud Mental, nos han suscitado especial interés las unidades de apoyo psicosocial. Y más concretamente la figura del profesional de la ayuda encargado de prestar una función terapéutica. Las unidades de apoyo psicosocial ofrecen atención psicológica, y, soporte en la provisión de recursos que mejoren el tejido social de las personas que atienden, generando interacciones sociales que favorezcan la comunicación y la creación de relaciones interpersonales. Esto puede relacionarse asimismo con un interés personal y profesional al mismo tiempo, ya que el área formativa del cual provenimos, el arteterapia, consideramos puede ser también una forma de ofrecer apoyo en este sentido. Por tanto, conocer los agentes y factores que operan en este ámbito, así como los mecanismos y estrategias de ayuda específicas, entre otras cuestiones, nos sirve además como una profundización de la propia disciplina.

El interés en el tema planteado en la investigación, se remonta a nuestra primera etapa en el máster (último trimestre de 2014), especialmente con uno de los primeros trabajos grupales de primer año, dedicado a la intervención arteterapéutica en contextos de emergencia. Asimismo, queremos destacar la enriquecedora experiencia que ha supuesto el periodo en prácticas como estudiante del Máster de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social - desde octubre de 2015 a enero de 2016, en el Centro de Intervención Comunitaria perteneciente al Hospital Río Hortega de Valladolid - para nuestro conocimiento y aprendizaje de un equipo multidisciplinar de profesionales de la ayuda, dedicado al ámbito de la Salud Mental.

Este trabajo de investigación pretende tratar algunos temas como: la fatiga por compasión, el trauma vicario, el estrés y el síndrome de burnout o cierta sintomatología que, sin caer en un exceso de psicopatologización, algunos/as profesionales que trabajan en Salud Mental pueden experimentar a lo largo de su vida laboral. La aparición de alguno de estos u otros supuestos, puede representar para el/la profesional de la ayuda una respuesta sana y adaptativa a determinadas circunstancias, y un aprendizaje en su desarrollo profesional.

Aunque también, puede no darse en este sentido. Especialmente en aquellos casos en los que las respuestas se dilatan en el tiempo, cronificándose de tal forma que generan en el/la profesional comportamientos y estados emocionales que alteran su propio bienestar personal y la calidad profesional prestada. Nos preguntamos entonces si podría mitigarse la afectación en estos casos, a partir de un replanteamiento en su actividad que introdujese ciertas medidas en el ejercicio, consideración y tratamiento de la profesión. Sirva de ejemplo, la introducción de espacios que propicien la ventilación emocional de los/las profesionales de este ámbito, a través de intervenciones arteterapéuticas enmarcadas en programas adecuadamente diseñados e implementados.

En este orden de ideas, este trabajo se construye asimismo como una aproximación teórica de lo que representa en su globalidad prestar apoyo terapéutico. Tratando a la vez de elucidar la emocionalidad que está más presente en el trabajo de los/las profesionales de este ámbito. Para que de esta forma, el/la profesional se comprenda mejor, entienda más exhaustivamente su labor, y conozca el contexto en el que opera. Por ende, entendemos que ello repercutirá indirectamente a aquel que es atendido, ya que si el/la profesional se encuentra mejor, desarrollará con mayor calidad su trabajo, y el destinatario, por consiguiente, recibirá una mejor atención. Como apunta el psiquiatra estadounidense John Nelson: “La eficacia en la sanación exige un tipo especial de conocimiento que debe tener en cuenta tanto el estado de consciencia del paciente como el del terapeuta” (2000, p. 36).

Otro aspecto que nos ha interesado investigar son las connotaciones sociales implícitas que existen en torno a los/las profesionales de la ayuda (psiquiatras, psicólogos/as, psicoterapeutas, arteterapeutas, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, etc.). El autoconcepto y la percepción social de las personas que se dedican a este campo, los valores o creencias asociadas, contribuyen en muchos casos a generar altos niveles de exigencia, actitudes de resistencia a pedir ayuda, de negación, minimización u ocultación de afectaciones.

En línea con lo expuesto hasta el momento, entendemos que tratar este tipo de cuestiones posibilita una nueva forma de abordar la función terapéutica, desde una perspectiva más holística y humana.

Atendiendo a que el presente estudio se realiza como trabajo fin de máster (TFM), comprendemos la conceptualización y estructura designadas en éste. Siguiendo la guía docente de esta asignatura (TFM del curso académico 2015-2016 elaborada por la UVA, y, la que se proporciona conjuntamente con la UCM y UAM), podemos decir que se trata de un trabajo original en el que se ha procedido a la “observación respetuosa y el análisis crítico y riguroso” como puntos de referencia fundamentales. Adquiriendo asimismo la disposición y capacidad de desarrollar las siguientes competencias:

-“Capacidad de integrar conocimientos” y “disposición para desarrollar vías de trabajo teórica y metodológicamente argumentadas”, por su carácter amplio y general, éstas se han trabajado transversalmente durante todo el proceso de la investigación.

-“Elaborar preguntas de investigación” y “desarrollar e implementar metodologías de investigación”. Estas competencias, según nuestro parecer, quedan patentes en el punto número 3, referente a las preguntas de investigación y objetivos, y en los puntos número: 5, 6 y 7, los cuales hacen referencia a la metodología desarrollada en el trabajo, los resultados y las indicaciones para la implementación de un programa arteterapéutico respectivamente.

-“Integrar conocimientos y enfrentarse a la complejidad de formular juicios que incluyan reflexiones sobre las responsabilidades sociales y éticas vinculadas a la aplicación de sus conocimientos y juicios”. Entendemos que estas competencias se han puesto de manifiesto especialmente en el punto número 4, dedicado al marco teórico de referencia, en el punto 5.4 dedicado al análisis de datos, y en el punto número 8 donde se recogen las conclusiones.

Todo ello creemos ha aportado nuevas perspectivas al área de conocimiento, estando así “en disposición de realizar una tesis doctoral”.

Por último, nos parece conveniente introducir que, aunque la normativa de la Real Academia de la Lengua sugiere utilizar únicamente el masculino, en esta investigación hemos incluido también el femenino, empleando ambos sexos indistintamente refiriéndonos así a el/la profesional de la ayuda. Esto se debe principalmente a que en numerosas ocasiones en la bibliografía y estudios consultados, así como en el cuestionario realizado en nuestra investigación, queda patente que el número de profesionales de sexo femenino es superior al masculino. Por tanto, creemos justificado ambos usos atendiendo a razones objetivas y adecuadas a la realidad actual del ámbito de la investigación.

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

En la parte introductoria hemos aludido al planteamiento del problema de la investigación: existen escasos estudios específicos sobre la afectación psicoemocional de los/las profesionales de la ayuda en el ámbito de la Salud Mental. Especialmente insuficiente, resulta el conocimiento y análisis de este tema desde el arteterapia. Esto nos conduce a proponer este trabajo como una aportación previa para orientar futuros estudios correlacionales, así como un punto de partida para otras posibles líneas de investigación.

El objetivo de esta investigación, enmarcado dentro del ámbito de la salud mental, se ha centrado en tratar de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Se puede conocer y describir la afectación psicoemocional en el/la profesional de la ayuda?
- ¿Es posible conocerla a través de un instrumento diseñado a tal efecto?
- ¿Cuáles son los aspectos principales que pueden motivar dicha afectación?
- ¿Puede la acción arteterapéutica mediar en este tipo de afectación?

3.1. Objetivo general

Generar unas líneas de actuación arteterapéutica que den respuesta a las demandas psicoemocionales, detectadas a través de una revisión teórica y un cuerpo empírico.

3.2. Objetivos específicos

-Reflexionar sobre aquellos aspectos que intervienen a nivel general en la profesión de la ayuda en el ámbito de la Salud Mental.

-Conocer los principales detonantes y tipos de afectación que influyen en la psicoemocionalidad de los/las profesionales de la ayuda.

-Establecer paralelismos a partir de un marco teórico de referencia elaborado, para emplearlos como indicadores en el diseño de la investigación.

-Estimar las emociones básicas que el/la profesional de la ayuda experimenta en el desarrollo de su trabajo.

-Extraer de los resultados y conclusiones obtenidos, información sobre el estado y la afectación psicoemocional de los/las profesionales de la ayuda.

-Emplear dicha información para establecer unas directrices válidas y fundamentadas para la implementación de programas arteterapéuticos, dirigidos a los/las profesionales de la ayuda en el ámbito de la Salud Mental.

4. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

La fundamentación teórica de esta investigación, se ha basado en la lectura de publicaciones que reflexionan sobre los efectos que conlleva trabajar en el ámbito de Salud Mental para los/las profesionales (Gervás, 2006; Ortiz, 2013; Sáinz y Talarn, 2009), especialmente en el campo de la ayuda psicosocial. Para abordar este tema, hemos partido inicialmente de la relación terapéutica. El psiquiatra Alberto Ortiz dice al respecto de esta lo siguiente: “El mayor potencial perjudicial lo tiene la relación terapéutica debido a la carga emocional

que tiene asociada y que es también artífice de la mejoría de los pacientes” (2013, p. 120). Esta observación contiene una cuestión clave en nuestro objeto de estudio: la carga emocional. En este punto, nos preguntamos cuáles son las condiciones que generan una carga emocional no asumible, en términos saludables, para el/la profesional que trabaja en Salud Mental.

Entre la bibliografía consultada, nos ha resultado difícil encontrar estudios especializados en Salud Mental que evalúen la carga emocional de los/las profesionales dedicados a este campo. Salvo un artículo enmarcado en contexto británico (Evans, Huxley, Gatley, Webber, Mears, Pajak, Medina, Kendall y Katona, 2006), los demás estudios hallados se dirigen principalmente a personal sanitario de forma general (Mingote et al., 2004; Gómez, Ballester, Gil y Abizanda, 2015). No obstante, creemos factible establecer una correlación entre los sujetos analizados en dicho artículo y aquellos que nos atañen más directamente en nuestro estudio. Dada la inherente relación entre éstos, al pertenecer ambos al ámbito de la Salud Pública. Por tanto, el hecho de que en los artículos citados se constaten elevados niveles de agotamiento emocional, podría ser una condición válida, extrapolable al contexto que nos ocupa.

4.1. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Como habíamos apuntado anteriormente, examinar la relación terapéutica con mayor detalle puede ser de gran utilidad para entender cómo se da la implicación emocional de los/las profesionales de la ayuda. Nuestra intención en este apartado, se aleja de presentar lúcidas definiciones aportadas por diferentes autores acerca de la relación terapéutica (Rogers, 1992; Ackerman y Hilsenroth, 2001; De Castro y García, 2011). Consideramos más apropiado tratar algunos aspectos que se derivan de la misma.

Kate Van Heugten (investigadora en materia social de la Universidad de Canterbury – Nueva Zelanda-) destaca en un estudio sobre las habilidades de los trabajadores sociales, la falta de competencias para procesar el impacto de las historias de vida de las personas que atienden. En comparación a éstos,

señala a los psicoterapeutas, quienes, según la autora, muestran un mejor manejo de las repercusiones emocionales (especialmente en los casos de sobreimplicación), debido a que su formación les proporciona un lenguaje específico y un marco de actuación delimitado (2011).

En cuanto a esto último, operar desde un marco ya establecido, nos preguntamos qué podría representar la confidencialidad en determinadas circunstancias. Es decir ¿es posible que un secreto profesional pueda manifestarse en forma de debate ético para el terapeuta?

En palabras de Enrique Echeburúa: “más allá de un requisito imprescindible en la relación terapéutica, la confidencialidad es inherente a la responsabilidad profesional del psicólogo clínico” (2002, p. 487). Esta apreciación puede resultar obvia para los/las profesionales del ámbito al cual se circunscribe, sin embargo, lo que nos interesa es poder vincularla con el objeto de nuestro estudio. Por ello, formulamos que cabe la posibilidad de que un hecho narrado por un paciente bajo el amparo de la confidencialidad, pueda influir en el estado psicoemocional del profesional. Siendo este un supuesto que le confronte con su propia ética, planteándole un debate entre los derechos de la persona atendida y los derechos de la sociedad.

Los conflictos éticos que se pueden presentar durante la vida laboral de los/las profesionales que trabajan en Salud Mental, pueden ser múltiples y diversos. Los factores que pueden motivar y/o condicionar su aparición, están sujetos a razones de índole social, cultural, laboral, etc. Entre los propósitos de esta investigación, se encuentra el poner de manifiesto la relación que ello pueda tener con la alteración del estado de ánimo de los/las profesionales de este campo.

4.2. CONTROL Y EMOCIÓN

Un interesante estudio acerca del impacto que tienen las emociones sobre la salud, destaca la idea de que la percepción de control interviene en la adaptación emocional del individuo. Los autores Jordi Fernández y Silvia Edo exponen lo siguiente:

Los estados emocionales intensos y el estrés ocurren cuando pasa algo que fuerza al individuo a realizar un esfuerzo suplementario, a cambiar su conducta habitual, a realizarla con mayor precisión o intensidad o a buscar nuevas formas de actuar. Esto se produce cuando hay algo imprevisto, o simplemente nuevo, cuando hay una amenaza de daño o pérdida, o posibilidad de obtener alguna ganancia (1994, p. 130).

Pensar en los conceptos: control y emoción, puede parecer a priori como una asociación antagónica, ya que la emocionalidad de una persona tiende a manifestarse de forma no previsible. Sin embargo, desde mediados de los años noventa del siglo pasado, han proliferado estudios que analizan y evalúan la inteligencia emocional. Fernández y Extremera recogen un modelo establecido por los investigadores Mayer y Salovey (1997), quienes estiman que la inteligencia emocional se vertebra a partir de cuatro habilidades básicas:

1. La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud.
2. La habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento.
3. La habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional.
4. La habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey 1997, citado en Fernández y Extremera, 2005, p. 68).

En nuestra opinión, puede ser de gran utilidad explorar una línea de trabajo en este sentido. Con el fin de proveer de herramientas que ayuden a los/las profesionales del ámbito de Salud Mental, a establecer correspondencias entre la capacidad de identificación y diferenciación de sus estados emocionales, y la capacidad de autorregulación de los mismos.

James Averill (1973) distingue tres diferentes posibilidades de ejercer control ante situaciones de estrés:

1. El control conductual que consiste en la posibilidad de disponer de una respuesta que modifique objetivamente la situación que constituye la amenaza.
2. El control cognitivo que se basa en poder reinterpretar la apreciación de la situación amenazante de la manera más satisfactoria para el individuo.

3. El control de decisión que implica poder elegir entre diferentes cursos de acción alternativos ante una fuente de estrés (James Averill 1973, citado en Fernández y Edo, 1994, p. 128).

Posiblemente uno, dos o los tres tipos de control descritos puedan darse en una misma situación, y, dependiendo del caso, en grados y tiempos distintos. Poder examinar la correlación existente entre los diferentes estados emocionales y el tipo de control que el/la profesional en Salud Mental establece, creemos que ayudaría a mitigar un mayor impacto nocivo en su salud emocional.

En la prestación de ayuda psicosocial en emergencias, catástrofes o situaciones de crisis, donde las situaciones se caracterizan por un nivel elevado de caos y desorden, es altamente importante la recuperación de control en un primer momento. Paloma Losada (2005) explica las dos fases de un programa psicosocial en una situación de emergencia de la siguiente forma:

1. La fase de emergencia aguda (donde las actuaciones de carácter psicosocial están encaminadas a controlar el caos, y ayudar a superar el primer estado de choque).
2. La fase de post-emergencia: las acciones de los intervinientes en Salud Mental, buscan reforzar el tejido psicosocial de la Comunidad afectada a fin de reducir los riesgos de desórdenes mentales post-traumáticos (p. 2).

Es en esta segunda fase, donde creemos se pueden constatar algunos estados emocionales, que, entre otros factores, debido a la magnitud de este tipo de sucesos, pueden afectar también a los equipos de profesionales dedicados a la ayuda psicosocial. Nos parece pertinente recoger como ejemplo de lo mencionado, un testimonio directo por parte de una profesional de este campo: Paloma Losada Fernández (psicóloga clínica y miembro del Grupo de Catástrofes del Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra), quien realizó una ponencia en marzo de 2005 sobre el tsunami que asoló el sur de India en diciembre de 2004. En la introducción del documento escribe:

Imaginar un Desastre como el del Tsunami se puede, pero siempre nos quedaremos cortos. Todos hemos vistos las noticias, escuchado las cifras: miles de muertos, infinidad de desaparecidos, innumerables huérfanos, millones de damnificados, olas gigantes de no me acuerdo ya cuántos metros, kilómetros de costas hundidas bajo el agua... Suenan duros, crueles, implacables, devastadores y sin embargo tan fríos.

Es que las imágenes dejan de conmover, los números se transforman en estadísticas, los casos en material de estudio y las personas, que han visto morir aplastados, arrastrados, ahogados a sus seres queridos permanecen en el olvido.

Qué difícil, ahí frente al mar, en ese lugar donde había un sol que calentaba su cuerpo y un mar que tranquilizaba su vista y era motivo de alegría, pedir a una mujer que lo ha perdido todo: sus hijos, su marido, su integridad psíquica, que reconstruya de nuevo su vida, asuma su dolor o, como decimos nosotros, "los expertos", supere el trauma.

Puede que desde la aceptación de que uno no es capaz de sentir lo que el otro siente, de que hay que ser humilde, de que la ayuda en salud y especialmente en salud mental no es sólo la inmediata sino la de a largo plazo; puede y solamente entonces puede que logremos realmente actuar como profesionales, con responsabilidad y no como salvadores expertos ni como benefactores conmovidos por la tragedia (2005, p.1).

Sin duda, esta declaración no nos permite inferir que el personal que formó parte de este Programa Humanitario de Salud Mental, se vio afectado emocionalmente, y en caso de que hubiera sido así, en qué medida pudo haberse producido. No obstante, creemos que no es aventurado deducir que algunas personas que estuvieron atendiendo, probablemente se sintieran sumamente sensibilizadas en momentos concretos. Nuestra voluntad trata entonces, de apreciar los mecanismos utilizados para restablecerse y continuar operando en su labor de forma saludable, e indagar en el tipo de efectos que han influido en el estado psicoemocional de los/las profesionales de este ámbito.

El 2 de marzo de 2016, el periódico El País publicaba una noticia titulada "La mitad de los psicólogos dicen estar deprimidos". En esta se hace referencia a un estudio del Reino Unido que muestra el deterioro del bienestar emocional de los psicólogos. Según un comunicado de la British Psychological Society, los psicólogos en Reino Unido trabajan en un sistema de salud que les parece

cada vez más restrictivo: plazos improrrogables, hacer más trabajo en menos tiempo, horas extra sin pagar y una reducción de los recursos sanitarios... Lo que repercute inevitablemente en poder proporcionar un tratamiento adecuado. Según el mismo organismo, la psicología ha pasado de ser una de las carreras más atractivas y satisfactorias a convertirse en la profesión con los niveles de satisfacción más bajos. Además, se han presentado resultados que reflejan que el número de incidentes de intimidación y acoso se ha doblado de un año para otro. En la noticia también se recoge que en España no existe una encuesta similar, y no hay datos registrados sobre el bienestar de los psicólogos ni de los psiquiatras. Lo cual es un dato significativo en sí mismo, pudiendo evidenciar que no se considera importante poder obtener este tipo de información, para evaluar la situación de los psicólogos o psiquiatras que trabajan en España. Puede servirnos, sin embargo, la declaración del presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, Miguel Gutiérrez, quien opina que la situación no es tan grave como en el Reino Unido, pero, reconoce la presión psicológica de los profesionales:

Lidiamos con 20 o 30 tragedias diarias y, por profesionalidad, tenemos que esconder los sentimientos que nos genera lo que estamos viendo. También tenemos que tomar decisiones difíciles y rápidas. Es fácil que los errores y el sentimiento de culpabilidad te pasen factura (El País, 2016, 2 de marzo).

Nos parece adecuado acabar este apartado, dedicado a la interrelación entre el control y la emoción, haciendo mención a un aspecto nada desdeñable. Manuel Ramos desde una perspectiva gestáltica, sostiene que los terapeutas son personas que trabajan con personas. Y por tanto, están expuestos a que lo que cualquier ser humano muestre en terapia, pueda afectarle de una forma que va más allá del mero ejercicio de su profesión. El mismo autor, a propósito del ejercicio de la psicoterapia, hace la siguiente afirmación:

Me atrevo a afirmar que a mayor presencia e importancia de la técnica y la estructura en el modo de ejercer la psicoterapia, menor presencia de emocionalidad. Y, por tanto, menor implicación emocional manifiesta del psicoterapeuta. Podemos decir que en la medida en que entre el profesional y el paciente se interponen detalles técnicos, menor es la intensidad del contacto humano (s/f, p. 4).

Nuestra visión al respecto se corresponde con el autor, en cuanto a que, en numerosas ocasiones, el contacto humano es lo que puede resultar terapéutico en sí mismo. Sin embargo, creemos importante prestar atención a todo aquel dispositivo instrumental que pudiera servir a los/las profesionales de la ayuda. Cuyo uso además, pueda orientarse con el fin de conseguir un contacto humano de mayor calidad y una labor más profesional.

4.3. EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO

Consideramos importante dedicar un apartado al dolor y el sufrimiento, ya que ambas cuestiones pueden encontrarse en el contexto laboral de los/las profesionales que trabajan en Salud Mental. Cabe mencionar que tanto el dolor como el sufrimiento, creemos deben considerarse teniendo en cuenta factores neurobiológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Éstos pueden influir en cómo se experimenta el dolor y el sufrimiento en el ser humano. Por tanto, es necesario tener esto presente para poder enfocar cualquier intervención de ayuda, en el caso específico de los/las profesionales dedicados a este ámbito. Asimismo, pensamos que convendría preguntarse, o al menos, detenerse en la reflexión sobre la diferenciación existente entre el dolor y el sufrimiento. Sobre este tema podríamos profundizar de forma ilimitada, sin embargo, para no sobrepasar el límite de páginas asignado a la investigación, optamos únicamente por plantear las siguientes cuestiones:

¿Cuánta certeza radica en lo que algunos apuntan al hablar del sufrimiento? Es decir, podríamos considerar que el sufrimiento puede generar dolor, aunque igualmente podríamos considerar que el dolor no requiere sufrimiento, y aquí nos preguntamos ¿cómo se da en este último caso? ¿Se trata de una cuestión “opcional”? Según nuestro parecer, el dolor y el sufrimiento pueden entenderse y experimentarse de forma distinta. Aunque puede ser también que coexistan en determinados casos, e incluso se entremezclen, entonces nos seguimos preguntando ¿Cómo resulta ese “límite fronterizo” del dolor convertido en sufrimiento o el sufrimiento convertido en dolor? Algunos podrían apuntar

entonces a que convertir el dolor en sufrimiento, o a la inversa, es una cuestión de plantearse un cambio, una transformación, pero ¿acaso tan sólo se trata de “cambiar de actitud” o “cambiarse”, o bien, “cambiar” las circunstancias? ¿Y si esto no es tan alcanzable para algunas personas? ¿Y si el entorno no es tan facilitador en ese “cambio”? O ¿Y si verdaderamente puede serlo?

Viktor Frankl en su obra “El hombre en busca de sentido”, escribe: “el sufrimiento es un aspecto de la vida que no puede erradicarse, como no pueden apartarse el destino o la muerte. Sin todos ellos la vida no es completa” (1991, p.40). Sobre esto, nos surge la siguiente pregunta ¿acaso no existe completud en la vida sin el sufrimiento o el dolor? ¿Podría ser entonces que Viktor Frankl nos presente una invitación para aceptar y creerse este razonamiento como punto de partida para construir un puente, superando así el sufrimiento en determinados momentos? Cabe mencionar que Frankl se focalizó en tratar de encontrar el sentido a la existencia humana como una vía para tratar estas cuestiones, ahondando en una interesante disciplina denominada logoterapia.

4.4. DETONANTES DE AFECTACIÓN PSICOEMOCIONAL

En este apartado consideramos los detonantes de afectación psicoemocional para el/la profesional de la ayuda. Entendemos que los que aquí presentamos no son los únicos detonantes existentes, relacionados con el tema investigado. No obstante, hemos decidido centrarnos en estos especialmente, en vista del análisis de los datos y los resultados de la investigación.

4.4.1. La autolisis de un paciente

Según un estudio publicado en la *Revue québécoise de psychologie* en el año 2004, la posibilidad de muerte por suicidio de un paciente representa un riesgo real en la práctica profesional de los terapeutas (Henry, Séguin y Drouin, 2004). Asimismo, previamente puede darse el caso de que se produzcan uno o varios

intentos autolíticos. El suicidio de un paciente puede estar presente en algún momento de la vida laboral de los/las profesionales de la ayuda. Por tanto, es importante, en nuestra opinión, trabajar el grado de consciencia ante este hecho y la aceptación del mismo, para que de esta forma se trabaje la preparación profesional ante tal situación.

En relación a lo mencionado y según Klaus Thomas (1971), autor del libro "Hombres ante el abismo", hay dos aspectos que podemos observar en algunos pacientes, lo cual va a suponer que la responsabilidad del terapeuta aumente:

-Los que están en peligro de suicidio padecen graves conflictos que no pueden superar por sí mismos.

-Los que están en riesgo de suicidarse casi nunca quieren morir, es decir no buscan la muerte, sino que están convencidos que en las condiciones actuales no pueden seguir viviendo (citado en Ramos, s/f, p.3).

En el estudio comentado al inicio de este apartado, se explica que las reacciones de los/las profesionales pueden ser de una intensidad comparable a las reportadas por personas que hayan vivido la reciente muerte de un pariente (Henry et al. 2004, p. 241). La intensidad emotiva es significativa y pueden darse altos niveles de angustia en el/la profesional. En algunos casos, puede motivar una crisis personal y profesional. Entre las reacciones más frecuentes e intensas observadas en los/las profesionales, el estudio destaca:

- Una sensibilidad elevada a los indicios del riesgo de suicidio.
- Preocupaciones elevadas en cuanto a su propia competencia para evaluar o tratar los pacientes suicidas.
- Una ansiedad elevada en el momento de la evaluación o del tratamiento de ciertos pacientes.
- Un sentimiento de culpabilidad y de responsabilidad.
- Una tendencia elevada a hospitalizar los pacientes suicidas o a hacer más pruebas de precauciones durante el tratamiento.
- Un interés elevado en cuanto a la problemática del suicidio.
- Una disminución de la percepción de la eficacia de la terapia. (2004, p. 247)

En el análisis de los datos de la investigación, desarrollado en el punto número 5.4., se constata asimismo que para algunos/as profesionales (participantes en el cuestionario diseñado), el suicidio o intento del mismo por parte de algunos pacientes, ha supuesto un hecho traumático o experiencia estresante.

4.4.2. Presión social y autoexigencia

Durante la revisión bibliográfica para la elaboración de este estudio, hemos constatado una cierta presión social en la consideración de la figura del profesional de la ayuda. Nos gustaría mencionar a continuación algunas consideraciones que según nuestro parecer pueden ejemplificarla.

En un artículo escrito para una revista digital, editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES), Enric Lletjós, educador social y psicólogo, describe lo siguiente:

Relación de ayuda: Hay que tener también presente los elementos que tienen que ver con la relación de ayuda: el sentimiento de aceptación incondicional, la empatía, la calidez, la congruencia, (...) y el coraje de trabajar con la relación personal como herramienta principal de trabajo (2011, p. 4).

Pese a que puede entenderse la intencionalidad en el mensaje del autor, nos parece que “el sentimiento de aceptación incondicional” requiere un matiz en cuanto a su significación. En un documento elaborado por los profesores de la facultad de psicología de la Universitat de Barcelona (UB), Arturo Bados y Eugeni García (2011), titulado “Habilidades terapéuticas”, se mencionan las tres actitudes fundamentales del terapeuta que, según Carl Rogers, favorecen la relación de ayuda: la empatía, la aceptación incondicional y la autenticidad. La aceptación incondicional implica aceptar al paciente tal como es, sin juicios, y valorarlo como persona merecedora de dignidad. Los autores citan en el mismo documento a Truax y Carkhuff (1967), quienes han distinguido varios niveles de aceptación incondicional; en el más alto, el terapeuta acepta al paciente como es, sin imponer condiciones, mientras que en el más bajo,

evalúa sus conductas, expresa disgusto o desaprobación o expresa aprobación de un modo selectivo. Aparecen también otros autores, como Cormier y Cormier (1991/1994), Goldstein y Myers (1986), quienes han distinguido varios componentes en la aceptación incondicional, uno de los cuales sería el compromiso:

El terapeuta demuestra su interés y disposición a ayudar. Dedicar un tiempo, y emplea sus habilidades y esfuerzos para comprender y ayudar al cliente. También se compromete en una relación en la cual dominan las necesidades e intereses del cliente, mientras que las exigencias personales del terapeuta quedan minimizadas. La preocupación por el cliente debe ser genuina (y no simulada; si este fuera el caso, habría que cambiar de terapeuta) y no rutinaria, y el cliente no debe sentirse agobiado ni culpable por la gran dedicación del otro (citado en Bados y García, 2011, p. 5 - 10).

De conformidad con lo que los autores han mencionado: esfuerzo por comprender, disposición de ayuda, actitud no valorativa, etc. nos gustaría apuntar, sin embargo, la reflexión ante el hecho de que un terapeuta es también un ser humano (como ya exponía Manuel Ramos desde una visión gestáltica, en el punto 4.2.), por lo que creemos que si en algún caso, éste se reconociese ante actitudes que en algún momento no siguiesen la línea profesional arriba expresada, y no alcanzase la aceptación incondicional (considerada por Rogers y otros autores como una actitud fundamental del terapeuta), no debería significar necesariamente la desaprobación total o falta de profesionalidad del terapeuta, como creemos puede entreverse de algunas lecturas sobre este tema. Nuestra posición es que ello puede suponer un punto de partida para trabajar con ciertos aspectos, o, para encontrar mecanismos que mejoren el desarrollo profesional del terapeuta.

Nos parece relevante asimismo, mencionar el denominado síndrome de superman. Y aprovechamos para denominarlo nuevamente incluyendo el femenino, síndrome de superman/superwoman (omitido en toda la bibliografía consultada al respecto). Los psicólogos Morales, Gallego y Rotger, en un artículo titulado "Entre crisis, traumas y 'burnout'" publicado en la revista Cuaderno de Crisis, dedican un apartado para tratar el trastorno por estrés

postraumático (TEPT) en los bomberos. En el artículo realizan una clarificadora explicación de este síndrome:

“(…) Los bomberos califican su trabajo como más estresante que el de otras ocupaciones y, sin embargo, informan negativamente de la probabilidad de verse afectados por el estrés, o más perjudicados que otras profesiones. En otras palabras, los bomberos reconocen que sus puestos de trabajo son estresantes, pero no creen que estén afectados por este estrés. Esta dicotomía se conoce como “optimismo ilusorio” y también el llamado “síndrome de superman”. Se trata de la falsa percepción de que “puedo con todo”, o de que uno tendrá siempre el control. Es una falsa sensación de inmunidad, y muchos profesionales de los servicios de emergencia utilizan la negación como mecanismo de defensa para protegerse del estrés y de situaciones críticas de estrés: cuando cualquier persona mantiene la falsa creencia de que no se ve afectada negativamente por los factores estresantes (o que no le afecta en absoluto), no puede gestionar de manera adecuada su respuesta al estrés. Esto puede afectar a su trabajo, al igual que a su vida personal: no sólo puede conducir al estrés crónico (y a un aumento del riesgo para su salud y otros problemas), sino que también instaura reacciones más graves ante el estrés futuro” (2008, p. 10).

Asimismo, nos parece interesante acabar este apartado con la mención del PAIME, Programa de Atención Integral al Médico Enfermo. El descubrimiento de este programa se realizó durante la elaboración de una propuesta de intervención psicosocial para médicos, presentada en el curso de Cuidado de Cuidadoras/es², del cual formé parte como alumna durante el último trimestre de 2015. La aparición de este tipo de programas, demuestra, según nuestro punto de vista, la necesidad de dar respuesta a ciertas problemáticas que se han ido mencionando a lo largo de este trabajo. Especialmente a aquellas relacionadas con las consideraciones, creencias y valores sociales asociados a los/las profesionales de la ayuda, lo cual contribuye asimismo a generar altos niveles de autoexigencia en los mismos. El PAIME es un programa pionero en Europa, creado en 1998 por iniciativa del Colegio de Médicos de Barcelona, aunque en la actualidad está implantado en todas las comunidades autónomas. Se trata de un programa que cuida la salud mental del colectivo médico que

² El curso de “Cuidado de Cuidadores/as: apoyo psicosocial a equipos que trabajan en situaciones de violencia política y catástrofes” forma parte de la formación online que ofrece el grupo Sira, una red de profesionales pertenecientes al Grupo de Acción Comunitaria (GAC) que trabaja en el campo de la Salud Mental y los Derechos Humanos.

nació para ayudar a los médicos que padecían trastornos psíquicos y/o conductas adictivas. Su singularidad radica, entre otras cuestiones, en su compromiso ético, ya que se trata de un programa con carácter no persecutorio y no punitivo (con excepción de aquellos casos en los que se detecte un riesgo muy alto en el ejercicio de la actividad). El acceso es voluntario, y opera en términos de máxima confidencialidad y protección de identidad de los afectados. De esta forma, se garantiza el anonimato del médico/a, atenuando, en gran medida, las posibles resistencias iniciales a recibir tratamiento.

4.5. TIPOS DE AFECTACIÓN

Como hemos referenciado en la introducción del apartado anterior (en relación a los detonantes de afectación psicoemocional), los tipos de afectación que aquí presentamos no representan los únicos existentes a considerar en este ámbito. No obstante, hemos seleccionado aquellos que creemos que más directamente pueden relacionarse con el tema de la investigación y que han sido detectados en los resultados del cuestionario.

4.5.1. Estrés, TEPT y Síndrome de Burnout

El estrés representa un factor directamente relacionado con la afectación psicoemocional de los/las profesionales de la ayuda. Analizar el estrés implica tener en cuenta aspectos sociodemográficos, neurobiológicos, psicológicos, culturales, laborales, etc. Además, cada persona puede reaccionar diferente ante un estímulo estresor, por consiguiente, examinar el estrés no resulta tan evidente ni generalizable.

Pese a que el estrés suele asociarse popularmente con algo negativo, también es posible asociarlo a aspectos positivos. De esta forma, podemos dividir el estrés según la siguiente tipología:

- A. Estrés Positivo (eustrés): aquel que nos permite adaptarnos a los cambios, reaccionar rápidamente y con mayor fuerza ante determinadas circunstancias.

B. Estrés Negativo (distrés): cuando resulta difícil hacer frente a determinada situación y la persona se siente desbordada.

El estrés negativo o distrés puede dar lugar a que aparezcan consecuencias negativas para la salud. El hecho de que se alargue un estado de excitación permanente, puede acabar minando las defensas, tanto en el orden físico como en el psíquico y emocional. No solamente puede manifestarse entonces insomnio, irritabilidad, ansiedad, sentimientos de desesperanza y pérdida de control, sino también afectar a la memoria y atención. Presión alta, aumento de la frecuencia cardíaca, irritación gástrica, disminución de las defensas naturales del organismo y un incremento de la liberación de triglicéridos y colesterol en plasma, puede formar parte de la sintomatología asociada al estrés negativo.

Es importante prestar atención y observar si los períodos con estrés se manifiestan como períodos agudos de estrés. O bien, si el estrés se convierte en estrés crónico. Y poder así conocer e identificar aquello que puede estar motivándolo. Para ello, creemos que es necesario trabajar asimismo nuestra educación emocional, ya que en general nos resulta más difícil identificar qué estamos sintiendo. En cambio, a nivel físico puede resultarnos más perceptible observar lo que ocurre en nuestro organismo. Posiblemente la medicina convencional, más orientada al tradicional estudio de lo científicamente demostrable, haya contribuido a que así sea.

En referencia a este tema, se menciona lo siguiente en un artículo divulgativo de la revista digital Harvard Health Publications:

“La psicología se combina con los factores físicos para causar dolor y otros síntomas intestinales. Los factores psicosociales influyen en la fisiología real de su intestino, así como en los síntomas. En otras palabras, el estrés (o depresión u otros factores psicológicos) pueden afectar el movimiento y contracciones de las vías de su tracto gastrointestinal (GI), provocando inflamación o haciéndolo más susceptible a infecciones” (Komaroff, 2012, par. 4).

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) puede darse también en el contexto que nos ocupa. Este trastorno se desarrolla cuando se ha estado en contacto con un evento traumático, ya sea de forma directa o indirecta. El

trauma puede indicar una ruptura, un fracaso de las capacidades de integración y/o una discontinuidad de la vida psíquica en la persona. Por lo cual entendemos que la experiencia de uno o varios sucesos traumáticos, puede considerarse un posible desencadenante de cuadros de estrés, depresión o ansiedad.

Múltiples estudios han analizado de forma pormenorizada el llamado Síndrome de Burnout (Síndrome de Estar Quemado por el Trabajo). Durante la fase de documentación para la elaboración de este estudio, hemos encontrado una amplia bibliografía que aborda este tema. Nuestra intención no es extendernos sobre ello, aunque sí nos gustaría señalar algunos aspectos que consideramos relevantes. El síndrome de *burnout*, también llamado síndrome de desgaste profesional (SDP), fue introducido por Freudenberguer en los años setenta y desarrollado por Maslach y Jackson en la década de los ochenta. Por tanto, podemos decir que algunas cuestiones como: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal en relación al trabajo, están siendo estudiadas desde hace tres décadas. En la introducción de un estudio sobre el desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales en los Hospitales de Girona, se define de la siguiente forma:

“El SDP (síndrome de desgaste profesional) aparece ante una respuesta continuada al estrés laboral, y puede afectar a la salud física y mental, así como a las relaciones sociales de los trabajadores que lo padecen. Se ha observado en los afectados un cierto cansancio físico y emocional, tensión, ansiedad y limitación en las relaciones personales en el ámbito laboral con una disminución de la eficacia y la eficiencia, absentismo y mengua de la calidad asistencial cuando se trata de personal sanitario” (Grau, Suñer y García, 2004, p.464).

En el artículo de la revista Cuaderno de Crisis, mencionado en el apartado anterior (en relación al síndrome de superman/superwoman), se explica el síndrome de *burnout* como:

“(…) un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado. Aparece a menudo en individuos que ejercen profesiones de “ayuda” y en aquellas personas que cuidan a otras. El

burnout puede ser causado por el conflicto entre los valores individuales y los objetivos y demandas de la organización, por una sobrecarga de responsabilidades, una sensación de no tener control sobre la calidad de los servicios prestados, la consciencia del poco reconocimiento emocional o financiero, el sentido de una pérdida de comunidad dentro del contexto de trabajo, y la existencia inequidad o la falta de respeto en el lugar de trabajo. Muchas veces, las personas que sufren burnout son muy idealistas sobre la forma en que pueden ayudar a otros. El burnout también puede guardar relación con la consecuente exposición al material traumático” (Morales, Gallego y Rotger, 2008, p. 13 – 14).

A modo de resumen, podemos señalar como principales indicadores del síndrome de desgaste profesional o *burnout*³:

- Síntomas disfóricos, sobre todo de agotamiento emocional.
- Alteraciones de conducta (conducta anormal del rol asistencial o despersonalización/deshumanización de la relación con el paciente) como evasividad, absentismo, conductas adictivas, etc.
- Síntomas físicos de estrés como cansancio y malestar general.
- Inadecuada adaptación al trabajo con vivencias de baja realización personal.
- Disminución del rendimiento laboral, desmotivación y desinterés.

4.5.2. La fatiga por compasión y el trauma vicario

Babette Rothschild en su libro “Ayuda para el profesional de la ayuda” explica que el impacto de los traumas de la persona que atendemos constituye un riesgo adicional para el terapeuta, e incluso, aquellos/as profesionales que no trabajan directamente con personas traumatizadas pueden verse adversamente afectados. La autora destaca la importancia del autocuidado del terapeuta para controlar plenamente su propio bienestar, incluso en las situaciones más estresantes. Sostiene que es necesario minimizar las

³ Los indicadores señalados aparecen en la página 104 del capítulo 14 dedicado a los aspectos emocionales de la práctica profesional del residente de psiquiatría del Manual del Residente en Psiquiatría, elaborado en el año 2010.

amenazas del bienestar emocional y físico del terapeuta para poder ser capaz de descubrir el modo de equilibrar su implicación empática, regular la activación de su sistema nervioso autónomo y mantener la habilidad para pensar con claridad (2008, p. 15).

La fatiga por compasión es un estado experimentado por aquellos que ayudan a personas traumatizadas, o que han sufrido situaciones abusivas o de distrés. Se trata de un cuadro agudo, un estado de extrema tensión y preocupación con el sufrimiento de aquellos a los que se les ayuda, hasta el grado de que es traumatizante para el que facilita la ayuda. De tal forma, que la persona que presta ayuda, en contraste con la que está siendo ayudada, se ve traumatizada o sufre, a través de sus propios esfuerzos por empatizar y ser compasiva. Este proceso suele desencadenarse durante las fases de: exposición, empatía – compasión y preocupación. Dando lugar, con frecuencia, a un pobre autocuidado y a un autosacrificio extremo, causando síntomas similares al TEPT.

La compasión puede albergar sentimientos de profunda empatía y pesar por aquel que vemos sufrir, e ir acompañada de un intenso deseo de aliviarle el dolor o dar solución a sus problemas. Según se menciona en el artículo anteriormente citado, los sentimientos de empatía y compasión están en el núcleo mismo de nuestra capacidad para realizar el trabajo terapéutico con las personas y, al mismo tiempo, también del riesgo de vernos afectados por el trabajo. La persona que presta ayuda, puede asimismo estar en riesgo de padecer el llamado Trauma Vicario. La escucha de relatos y de vivencias donde el dolor y el sufrimiento se manifiestan con intensidad, puede llevar a que los/las profesionales de la ayuda comiencen a interiorizar el dolor, y éste se combine con algunas de sus propias experiencias traumáticas. Esto puede conducir a una serie de síntomas físicos, emocionales y de comportamiento que interfieren con su vida personal y profesional.

En un documento elaborado por Lisa McKay para el Headington Institute – *Care for Caregivers Worldwide* – se explica que los trabajadores humanitarios no están exentos de sufrir un profundo impacto ante situaciones peligrosas o perturbadoras. La autora detalla lo siguiente:

“Una cantidad limitada –pero en aumento día a día- de estudios de investigación sugiere que un gran porcentaje de trabajadores de ayuda humanitaria y desarrollo experimentarán, inevitablemente, reacciones traumáticas graves vinculadas con el estrés (por ejemplo: síntomas de trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad y drogadicción). Los trabajadores humanitarios que ayudan a personas que sufren, corren un verdadero riesgo de padecer ese mismo sufrimiento durante el proceso [...] Existen muchas maneras de ayudar a estos trabajadores y reducir el riesgo de dificultades persistentes relacionadas con situaciones traumáticas. Un mecanismo de ayuda importante es proporcionar información sobre estrés y trauma, reacciones comunes a situaciones traumáticas y estrategias útiles para afrontarlos” (2007, p. 4 – 5).

4.5.3. Otras sintomatologías

Si consideramos que el síntoma puede ser un aviso útil de que la salud puede estar amenazada por alguna cuestión psíquica, física, emocional, social o combinación entre las mismas. Podemos mencionar entonces cierta sintomatología que puede darse en relación al tema que nos ocupa.

Otras sintomatologías:

Distanciamiento o desapego emocional: podemos entenderlo como una actitud mental deliberada para evitar el encuentro y la participación de las emociones de otras personas. En algunos casos, suele ser un distanciamiento consciente, lo cual no significa que la persona no sienta empatía, sino que es consciente de los sentimientos pero elige distanciarse para no sentirse vulnerable o abrumada.

Despersonalización y/o desrealización: suele caracterizarse por una sensación de desconexión o disociación de la realidad vivida, el propio cuerpo y/o sus procesos mentales.

Insensibilización: en la práctica profesional que nos ocupa, puede relacionarse con comportamientos que producen anestesia emocional de los/las profesionales ante situaciones humanas, donde se requiere un cierto grado de sensibilidad. Puede acompañarse de actitudes en las que se utiliza el cinismo o el sarcasmo hiriente de forma continuada en la interacción con los demás.

Hipersensibilidad: extrema fragilidad emocional manifestada por una desmesurada sensibilidad.

Agotamiento emocional: falta de vigor, cansancio o extenuación frente a alteraciones psicológicas de tipo emocional.

Los fenómenos psicológicos explicados anteriormente pueden presentar otras actitudes asociadas, tales como:

- Actitudes de impasibilidad, indiferencia, apatía, pasividad o desinterés ante los problemas de los demás. En ocasiones, acompañadas de una tendencia a aislamiento social.
- Actitudes de inhibición, minimización y/o ocultación de emociones y sentimientos.
- Creencias y/o actitudes que contribuyen a generar un sentimiento de inmunidad o sentimiento de que no pueden permitirse sentirse vulnerables.
- Hiperimplicación: puede entenderse como comportamiento extremo en cuanto al compromiso profesional, en ocasiones debido a una carencia motivacional en su vida personal o insatisfacción en el plano social personal.
- Insatisfacción o falta realización personal en el trabajo, produciendo desmotivación o ineficacia en las competencias profesionales.

Otros aspectos que también pueden relacionarse con los casos anteriores:

- Identificación proyectiva (atribuciones a otro de ciertos rasgos que pertenecen a lo propio o de una semejanza global consigo mismo).
 - Actitudes transferenciales y contratransferenciales.
 - Relación terapéutica positiva versus relación iatrogénica.
-

Nos parece conveniente decir que el/la profesional puede presentar uno o varios de los aspectos mencionados anteriormente, sin que ello pueda derivarle en una patología determinada, más bien al contrario, puede aparecer como un

mecanismo de defensa o reacción ante situaciones concretas. No obstante, conviene prestar atención para conocer el estado o evolución de los mismos.

Asimismo, nos gustaría relacionar una cuestión que creemos conviene señalar en relación a la insensibilización, hipersensibilización y despersonalización. Debe tenerse en cuenta que los/las profesionales de la ayuda, no están exentos de la influencia que pueden recibir de un tipo de tratamiento en los medios de comunicación con relación a temas vinculados al dolor, el sufrimiento y la muerte (además de otros temas ligados a su profesión), y el consecuente efecto que en ellos puede suponer a corto, medio y largo plazo. Antonio Linde (2005) expone en un interesante artículo, titulado “Reflexiones sobre los efectos de las imágenes de dolor, muerte y sufrimiento en los espectadores” (p.1), que éste se trata de un tema controvertido debido a que entraña un conflicto de valores (verdad vs dignidad, por ejemplo, en algunos contextos mediáticos las imágenes son una mercancía al servicio del consumismo) y de derechos (libertad de expresión vs preservación de la vida; derecho a la información y sus límites en otros, como el derecho a la intimidad o a la propia imagen).

4.6. ASPECTOS POSITIVOS DE LA ACCIÓN TERAPÉUTICA EN SALUD MENTAL

Estimamos conveniente acabar el marco teórico con este punto, comentando aspectos positivos que la acción terapéutica en Salud Mental puede proporcionar a los/las profesionales. En primer lugar, nos gustaría destacar un estudio, titulado “La relación de ayuda es vivificante, no quema” elaborado por el departamento de enfermería de la revista Cultura de los Cuidados de la Universidad de Alicante. Los autores defienden lo siguiente:

“...la relación de ayuda, si la entendemos en su justo valor, no sólo no quema, no nos lleva al síndrome de burnout, sino que ésta es vivificante tanto a nivel personal como profesional. Si ciertos profesionales han llegado a esa triste experiencia (de que la relación de ayuda quema), pensamos se debe, entre otras razones: por una parte, a no tener una idea clara de lo que es la comunicación y la relación terapéutica o de ayuda;

por otra parte, a habernos olvidado que no podemos dedicarnos a esta noble labor, sin antes haber trabajado un mínimo sobre nosotros mismos, es decir, sobre nuestro crecimiento personal, autoestima, problemas, conflictos, etc. Si esto no se hace, cabe el peligro de no saber dónde nos situamos, transgrediendo ciertos principios o límites que van anejos a la Relación de Ayuda” (2001, p.88).

Nosotros compartimos este punto de vista, e introducimos la idea de que la condición de que “no queme” puede depender también, en algunos casos, de que se tomen las medidas adecuadas en el contexto profesional. Evitando así que pueda propiciarse una afectación, la cual puede llevar hacia una mayor afectación y entonces “quemar”, pese a que el/la profesional esté altamente preparado.

A continuación, mencionamos algunos aspectos positivos que pensamos puede ofrecer el ejercicio y la dedicación en la profesión de la ayuda:

- Posibilidad de profundizar en las relaciones humanas y ampliar el sentido de humanidad.
- Posibilidad de desarrollar la capacidad empática, el respeto, la tolerancia y la aceptación de la diferencia.
- Aumento de la flexibilidad y la capacidad de adaptación frente a situaciones difíciles. Obteniendo así una mayor capacitación en las habilidades para la vida.
- Refuerzo del sentimiento de arraigo y pertenencia a la comunidad.
- Voluntad de crecimiento personal, y por ende, crecimiento en sociedad.
- Mayor entendimiento, comprensión, valorización y agradecimiento de la ayuda recibida por los demás.
- Desarrollo del valor del compromiso, y la posibilidad de poner en práctica los principios éticos, tanto personales como profesionales.

- Posibilidad de relativizar las cuestiones vitales más fundamentales, lo cual puede facultarles del desarrollo de una actitud de agradecimiento y disfrute con la propia vida.

5. METODOLOGÍA

A continuación, describimos la metodología *ex-post-facto* o no experimental aplicada en la investigación que hemos llevado a cabo.

5.1. Posicionamiento metodológico

Basándonos en el método descriptivo, la línea de la investigación ha seguido un criterio cuantitativo a partir de la técnica de encuesta aplicada. La recogida y análisis de la información, ha tratado de explorar, asociar y comparar grupos de datos con fines exploratorios. Los cuales, según apuntan Arnal, Rincón y Latorre, pueden constituir una aportación previa para orientar futuros estudios correlacionales, predictivos o de corte experimental (1994, p. 170).

5.2. Diseño de la investigación

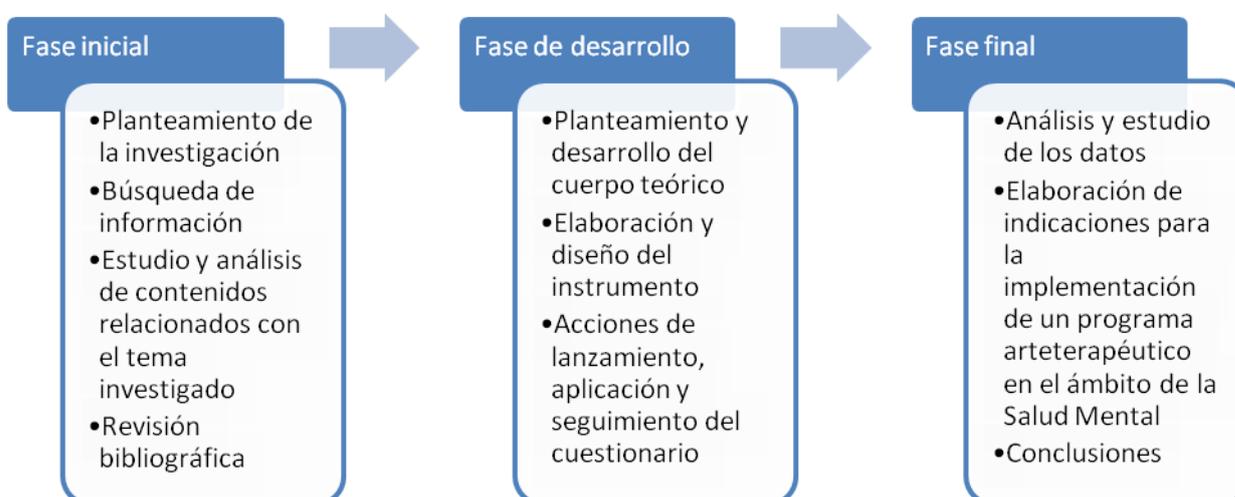
La investigación se ha llevado a cabo utilizando un diseño transversal, a partir de los datos aportados por cuarenta y ocho participantes a través de un único cuestionario en un solo momento temporal, durante los meses de mayo y junio de 2016.

El diseño del cuestionario ha sido elaborado a través de la herramienta: Formularios de Google. La cual, pese a disponer de un formato preestablecido, nos ha resultado de gran utilidad para adaptar nuestros requerimientos y potenciar el limitado margen de actuación y recursos disponibles a nuestro alcance.

El cuestionario ha sido propiamente diseñado para el estudio en cuestión. Cabe decir que durante la confección del mismo, hemos consultado otros tipos de cuestionarios validados (MBI de servicios humanos; BDI-FastScreen Beck Depression Inventory; CAEPO y EGEP), con el fin de conocer y poder contrastar diferentes formas de planteamiento y tipos de cuestionario aplicados. Sin embargo, pese a que éstos mantienen relación con el tema en estudio, ninguno de los que hemos podido hallar trata concretamente el tema específico de nuestra investigación. Por lo que el cuestionario finalmente ha sido conceptualizado y desarrollado a partir de nuestra propia elaboración, centrándonos en el foco e interés del tema investigado.

Los y las participantes que comprenden la muestra, un total de 48 individuos (62,5% mujeres y 37,5% hombres), se encuentran entre las siguientes edades: 13 son sujetos entre 23 y 30 años, 11 entre 30 y 37, 7 entre 37 y 45, 14 entre 45 y 52 y 3 entre 52 y 65. Los perfiles profesionales que configuran la muestra pertenecen al ámbito de la Salud Mental siendo: 24 psicólogos/as, 9 enfermeros/as, 2 psiquiatras, 2 auxiliares de clínica, 1 terapeuta, 6 trabajadores sociales y 4 constan como otros no especificados. El contexto de trabajo se encuentra en los siguientes ámbitos: 13 participantes trabajan en hospitales, 4 en centros de día, 7 en centros de intervención comunitaria, 1 en casa tutelada, 7 en residencias y 18 en otros no especificados. Los/las profesionales que han participado en el cuestionario, se han circunscrito a nivel nacional, distribuidos por las siguientes provincias: Barcelona, Valladolid, Badajoz, Málaga, Granada, Madrid, A Coruña y Ciudad Real. Su participación en la investigación ha sido de forma anónima y voluntaria.

En cuanto a las fases de la investigación, podemos dividir las en las siguientes etapas:



5.3. Recogida de datos

Durante todo el proceso de la investigación, la recogida de datos se ha realizado, como hemos comentado anteriormente, a través de un cuestionario como único instrumento. La técnica de encuesta empleada nos ha permitido obtener información facilitada por los/las participantes de la investigación, posibilitándonos de esta forma conocer directamente sus aportaciones. En el anexo I mostramos el cuerpo del cuestionario, el cual se ha dividido en tres partes principales relacionadas con tres aspectos dimensionales. La primera dimensión – emocional - ha sido dividida en cinco preguntas designadas como bloques. El primer bloque, denominado Bloque A, está enfocado a conocer la categoría referente a la emoción de la rabia. El segundo bloque, Bloque B, referente a la emoción de la alegría y/o el estado de ánimo en relación al humor. El tercero, Bloque C, la apreciación del miedo. El cuarto, Bloque D, la ternura y/o la compasión, y el último bloque, Bloque E, la tristeza. La elección de clasificación de las preguntas de esta primera dimensión en bloques, se ha determinado con el objetivo de procurar evitar un posible cansancio o

desmotivación en la respuesta del participante, producido por la repetición en el tipo de pregunta, evitando asimismo la posible influencia negativa en la obtención de la información.

Hemos considerado y seleccionado estas cinco emociones, ya que creemos pueden observarse como parte de las emociones básicas del ser humano. Y específicamente, pensamos pueden manifestarse en la emocionalidad del profesional que trabaja en el ámbito investigado. No obstante, nos gustaría apuntar asimismo la limitación que supone un cuestionario para evaluar la dimensión emocional de una persona. Una vez dicho esto, nuestra intención ha sido poder observar las emociones que más destacarían en tal caso, y, si es posible, advertir en qué medida.

La segunda dimensión – de comportamiento – se compone de cuatro preguntas orientadas a conocer posibles manifestaciones de hipersensibilidad, distanciamiento emocional, despersonalización, implicación empática, etc. O bien, malestar en relación a frustraciones, sensación de impotencia, culpa, inseguridad, desmotivación o insatisfacción.

La tercera dimensión – social – se compone también de cuatro preguntas. Éstas tratan de reflejar el autoconcepto del trabajo en Salud Mental por parte de los mismos profesionales. Y su opinión en relación a la confianza, apoyo y recursos por parte de la organización estructural o institución a la que pertenecen.

En la pregunta número veinte, al contrario que en las preguntas anteriores donde las respuestas ya vienen determinadas según el formato de respuesta múltiple, se pide al participante que describa cómo se sintió en relación a un hecho traumático o experiencia estresante en su trabajo. De esta forma, introducimos una variable psicométrica que nos permitirá poder valorar la afectación psicoemocional en términos cualitativos.

La última pregunta, número veintiuno, se consulta a los participantes el siguiente comentario: Si lo deseas, puedes dejarnos algún dato de contacto

que prefieras, para comunicarte el estudio elaborado a partir de la investigación. Pese a que en un principio nuestra intención con esta pregunta era poder hacer una devolución a los participantes, quienes han hecho posible poder llevar a cabo esta investigación, creemos nos ha permitido conocer a la vez su interés con respecto a este tipo cuestiones o estudios.

5.4. Análisis de datos

La investigación nos ha servido como pilotaje para determinar si resulta valioso conocer el estado psicoemocional de los/las profesionales del ámbito de la Salud Mental. Establecer si existe o no afectación psicoemocional en los/las participantes encuestados, si este tipo de afectación se contempla en el ámbito de estudio analizado, y cómo esta se manifiesta a partir de la relación entre las variables sociales, socio-demográficas y de interacción que se han estipulado en las tres dimensiones anteriormente citadas.

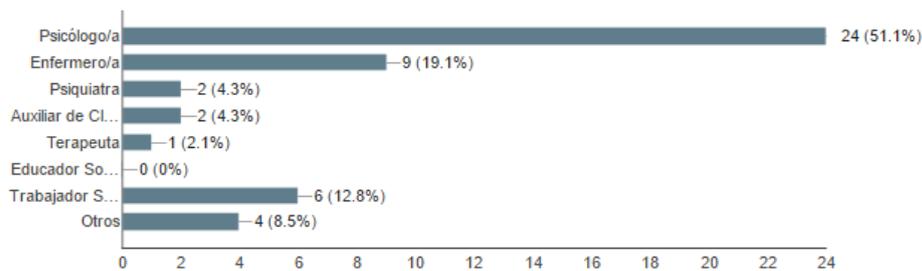
El tamaño de la muestra nos ha permitido formular algunas observaciones y/o conclusiones en cuanto al tema investigado. No obstante, creemos no es un muestreo representativo ni generalizable al ámbito de estudio. Para que así fuese, convendría haber ampliado el número de individuos consultados, haber acotado con mayor especificación algunas variables y, haber complementado el estudio integrando otro tipo de métodos y técnicas de investigación.

El análisis estadístico de la información, obtenida a través del instrumento utilizado, nos ha permitido examinar, describir y presentar ciertos datos o indicadores resultantes del estudio planteado. Como instrumento para el tratamiento de los mismos, hemos utilizado el que se genera a partir de la herramienta que el formulario google facilita. Cuyo funcionamiento se basa en un cómputo estadístico a partir de las respuestas resultantes. Estas se recopilan en forma de gráficos de forma automática, ordenada y en tiempo real. Asimismo, la herramienta también nos ha permitido procesar los datos en hojas de cálculo, y poder así realizar otro tipo de análisis o contrastación de datos a partir de la información obtenida.

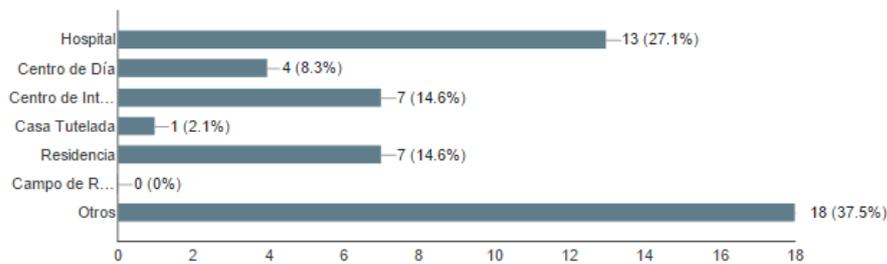
6. RESULTADOS

A continuación, presentamos los resultados extraídos del cuestionario a partir de las veintiuna preguntas planteadas en éste. Las seis primeras preguntas están enfocadas a conocer algunos datos básicos de los/las participantes, a partir de las siguientes variables:

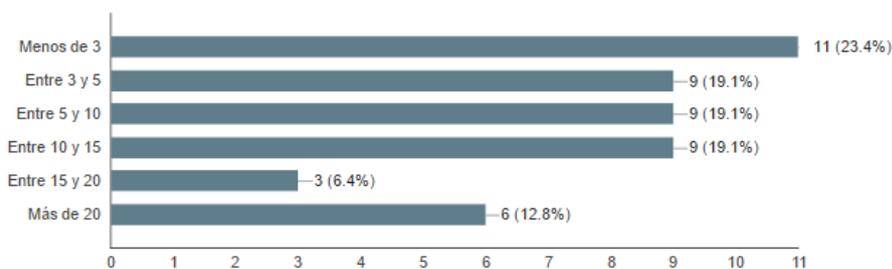
1. Profesión



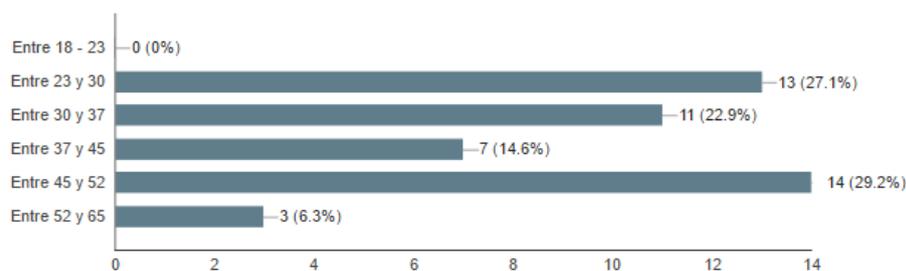
2. Lugar de trabajo



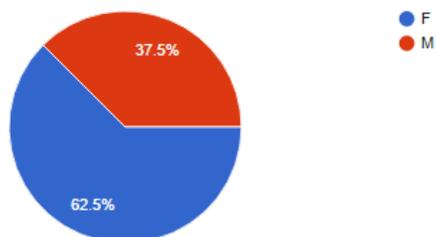
3. Años de experiencia en Salud Mental



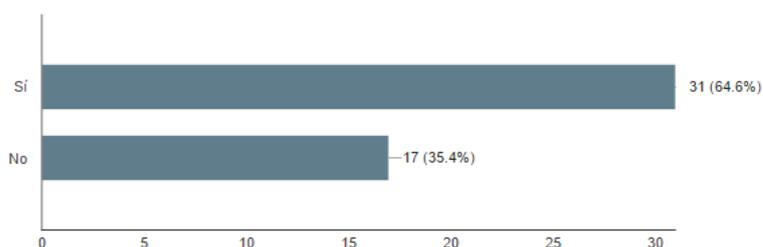
4. Edad



5. Sexo



6. Existencia en su contexto familiar o relacional, de algún caso afectivamente cercano, relacionado con el ámbito de la Salud Mental



Algunos datos significativos que pueden señalarse, indican que más de la mitad de los/las participantes son psicólogos/as (51,1%), el lugar de trabajo más contestado es el hospital (27,1%) y otros no especificado (37,5%), el promedio de años de experiencia profesional en Salud Mental, se ha mantenido entre los 3 y los 15 años. Los rangos de edad mayoritarios, se encuentran entre los 23 y 30 años (27,1%), y, entre los 45 y 52 años (29,2%). El número de participantes de sexo femenino es superior (30 mujeres, 62,5%) al masculino (18 hombres, 37,5%). Y casi un tercio de los/las participantes (64,6%), ha contestado afirmativamente a la pregunta de si en su contexto familiar o relacional, tiene o ha tenido algún caso afectivamente cercano, relacionado con el ámbito de la Salud mental.

Las siguientes preguntas se han desglosado a partir de una serie de categorías referenciales, clasificadas en tres dimensiones: emocional, de comportamiento y social. En referencia a la dimensión emocional, los/las participantes responden a la pregunta ¿cuál de los siguientes supuestos experimentas en tu contexto de trabajo? Contesta una opción de cada uno de los bloques separados por letras:

- En el bloque A (relacionado con la emoción de la rabia), un 56,3% responde la opción: No me siento reflejado con ninguno de los enunciados anteriores, y un 33,3% escoge la opción de: Hay momentos en los que me exaspero.
- En el bloque B (alegría y humor), la opción más destacada (48,3%) es la de: Con frecuencia paso por momentos de júbilo y dicha. Tras esta, la opción de: La ironía y el humor son una constante en mi interacción sociolaboral, con un 27,1%.
- En el bloque C (miedo), las dos opciones más seleccionadas son la de: Generalmente tiendo a mostrarse prudente (un 33,3%) y Percibo que ciertas situaciones me generan inseguridad (un 31,3%). También podemos destacar la opción de: Reconozco haber pasado por situaciones en las que me he sentido amenazado, con un 18,8%.
- La opción mayoritaria del bloque D (ternura-compasión) ha sido la de: Con frecuencia la persona que atiendo despierta un sentimiento de afecto y comprensión en mí (68,8%).
- Por último, en el bloque E (tristeza), Raramente me siento desanimado/a, aparece como la opción más señalada (41,7%).

En cuanto a la dimensión de comportamiento, cabe destacar las siguientes opciones:

- Considero que soy una persona sensible y esto me ayuda a trabajar con los demás (45,8%). Si siento que algo me ha impactado, tengo la impresión de que este hecho ocupa mucho tiempo en mi mente (20,8%).
- Soy capaz de encontrar momentos para distanciarme de aquello que me afecta en mi trabajo (66,7%). Necesito desconectar de lo que ocurre y busco espacios apartados para retomar mejor mi actividad (18,8%).
- Me adapto fácilmente a las situaciones difíciles que se presentan en el día a día laboral (54,2%). Si en alguna ocasión me siento impotente, acabo encontrando una vía de actuación resolutive (14,6%).

- En ocasiones creo que me he equivocado pero no me siento mal con ello, intento reconducirlo en lo sucesivo (35,4%).

En la dimensión social, la primera opción hace referencia a la palabra que el/la participante más relaciona con su profesión, siendo el compromiso la más escogida (60,4%). En la segunda opción, destaca la escucha y la atención personalizada (62,5%) como respuesta a la pregunta de: En caso de ser atendido por un profesional de tu ámbito en alguna circunstancia particular ¿qué valorarías más? Igualmente destacable, con un 64,6%, representa la respuesta de: Sí, lo he reportado, ante la pregunta de: En caso de haberte sentido abrumado por algún caso que se haya presentado en tu vida laboral ¿lo has reportado a tu responsable más directo? Por último, la opción: No, pero me gustaría es considerada por un 31,3% de los/las participantes ante la pregunta de: ¿Has formado parte de algún programa dirigido a profesionales de la Salud Mental, grupos de discusión y/o espacios donde se comunique abiertamente el estado de ánimo o las emociones que sientes en tu trabajo?

La pregunta número veinte, al contrario que en las preguntas anteriores donde las respuestas ya vienen determinadas, se pide al participante que describa cómo se sintió en relación a un hecho traumático o experiencia estresante en su trabajo. De esta forma, introducimos una variable psicométrica que nos permitirá poder valorar la afectación psicoemocional en términos cualitativos. Nos parecen relevantes algunos datos, aportados a través de esta pregunta. Casi 40 participantes han respondido brevemente, escribiendo desde una única palabra hasta una o dos frases. El resto de participantes han descrito con mayor detalle dedicando un párrafo completo. Principalmente, nos gustaría resumir los temas que más destacan, así como los que se han repetido con mayor frecuencia:

- Sensación de impotencia, incapacidad, frustración, vulnerabilidad e indefensión.
- Situaciones amenazantes, con violencia o intimidación.
- Situaciones perturbadoras y límites donde se constata una falta de control.

- Suicidio o intento autolítico por parte de un paciente. En algún caso, se expresa un sentimiento de culpa y responsabilidad en relación a éste.
- Dificultades o situaciones conflictivas en el entorno laboral, especialmente con los compañeros de trabajo y/o cargos superiores.
- Situaciones donde se manifiesta un elevado nivel de estrés y/o angustia.
- Situaciones que describen gran complejidad en los entornos familiares de los pacientes.
- Casos donde se expresa la falta de apoyo y recursos por parte de las instituciones o la entidad de trabajo.
- Apreciaciones tales como: impactado, confrontado, agredida, amenazada, estresado, angustiado, incapaz, desbordada, confundido, impotente, frustrada, vulnerable, indefensa, triste, humillada, preocupado, perdido, culpable y/o responsable.

Por último, en la pregunta número veintiuno, se consulta a los/las participantes el siguiente comentario: Si lo deseas, puedes dejarnos algún dato de contacto que prefieras, para comunicarte el estudio elaborado a partir de la investigación. Pese a que en un principio nuestra intención con esta pregunta era poder hacer una devolución a los/las participantes, quienes realmente han hecho posible poder llevar a cabo esta investigación, creemos posibilita a la vez conocer su interés sobre este tipo cuestiones o estudios. Cabe decir al respecto que 16 de los 48 participantes han dejado una dirección electrónica como dato de contacto.

7. INDICACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS ARTETERAPÉUTICOS EN SALUD MENTAL

La aplicación de terapias creativas (o arteterapia) abre nuevas posibilidades de actuación en Salud Mental. Nuestro propósito en este apartado es ofrecer una guía u orientación para la implementación de programas arteterapéuticos, dirigidos a profesionales de la ayuda que trabajan en este ámbito. A continuación, se plantea el siguiente procedimiento para que los/las

profesionales de la ayuda, reciban atención y apoyo arteterapéutico de manera sistematizada:

PRIMERA ETAPA

En esta etapa inicial se realiza una aproximación al contexto laboral del profesional de la ayuda, con el fin de evaluar su situación y marcar las líneas de acción arteterapéutica:

- Se procede a la primera toma de contacto entre el/la profesional de la ayuda y el/la arteterapeuta.
- Se realiza una primera evaluación para determinar el estado psicoemocional del profesional de la ayuda, el tipo(s) de afectación psicoemocional y/o grado(s) de esta.
- Se contemplan las posibles resistencias de participación en el proceso arteterapéutico por parte del profesional de la ayuda.
- Se determina un tiempo y dedicación estimado para conocer la realidad y condiciones de trabajo del profesional de la ayuda en el ámbito de la Salud Mental.
- Se afianzan conceptos y principios fundamentales para la comprensión del proceso arteterapéutico (ética, confidencialidad, dignidad, empatía, comunicación, creación artística, etc.).
- Se esboza la primera guía de trabajo con el diseño del programa arteterapéutico a aplicar.

SEGUNDA ETAPA

En esta segunda etapa se lleva a cabo el programa arteterapéutico previamente diseñado:

- Se establecen criterios que favorezcan un marco de actuación multidisciplinar, aunando las aportaciones que ofrecen la psicología, la arteterapia y las ciencias sociales, entre otras disciplinas.
 - Se genera un contexto de intervención arteterapéutica que propicie la consecución de unos objetivos definidos y consensuados con el/la profesional de la ayuda, la entidad de trabajo y el/la arteterapeuta.
 - Se desarrolla el programa arteterapéutico establecido, con las modificaciones pertinentes para una adecuada adaptación al contexto de trabajo específico. La línea
-

de trabajo deberá contemplar las siguientes acciones:

-Aplicar técnicas y recursos creativos que promuevan el conocimiento, la identificación y expresión de las emociones y/o sentimientos manifestados en el/la profesional de la ayuda.

-Trabajar habilidades para regular las emociones o estados de ánimo que puedan alterar y afectar el bienestar del profesional de la ayuda.

-Desarrollar vías de auto-conocimiento y auto-exploración para favorecer el crecimiento personal y profesional de las personas que trabajan en Salud Mental.

TERCERA ETAPA

En esta última etapa se consolida el proceso arteterapéutico desarrollado en las etapas anteriores:

- Profundizar en métodos de trabajo que sirvan de apoyo en el ejercicio de la acción terapéutica, especialmente ante aquellas situaciones traumáticas o estresantes que puedan darse en la profesión de la ayuda.
 - Integrar el proceso creador como herramienta para la transformación de conflictos de carácter psicológico, emocional y social del profesional de la ayuda.
 - Introducir otras disciplinas artísticas con fines terapéuticos, complementando así la acción terapéutica con el/la profesional de la ayuda (por ej. musicoterapia, danzaterapia, dramaterapia).
 - Promover encuentros con distintos profesionales del ámbito de la Salud Mental a modo de intercambio y puesta en común de problemáticas y dificultades o experiencias positivas en la profesión de la ayuda.
 - Realizar una evaluación final que sirva de análisis constructivo a los/las profesionales de la ayuda, a la entidad de trabajo y al arteterapeuta.
-

Por último, nos parece necesario considerar estos tres puntos como orientaciones generales para la implementación de programas arteterapéuticos:

- Favorecer el acceso voluntario a los programas diseñados como procesos terapéuticos planteados desde la arteterapia, por parte del profesional de la ayuda.

- Posibilitar el intercambio de opiniones y expresiones desde el respeto, la escucha y la confianza, entre el/la profesional de la ayuda y el/la arteterapeuta, afianzando así la alianza profesional en la relación terapéutica.
- Asegurar que la relación terapéutica se establezca de forma profesional y no derive en otro tipo de relaciones (de tipo sentimental, de amistad, laboral, etc.) que puedan influir negativamente en el tratamiento.

8. CONCLUSIONES

La acción terapéutica en Salud Mental, entre otros factores, puede producir determinados efectos, tanto negativos como positivos, para el/la profesional de este ámbito. Estos efectos pueden acrecentarse en períodos continuados de alta intensidad laboral, o por acumulación de años de experiencia. Especialmente si durante este tiempo, el/la profesional no ha tomado los descansos necesarios y/o participado en programas de apoyo que permitan identificar y restablecerse de afectaciones de carácter psicoemocional. Probablemente, en numerosas ocasiones, el mismo profesional puede que no sea consciente de su propio estado emocional, y continúe su labor asumiendo ciertos comportamientos como normalizados. O bien, si es consciente de que lo que le está ocurriendo dificulta su vida personal y profesional, no disponga de las estrategias de afrontamiento adecuadas para remitirlo.

Durante el proceso de investigación llevado a cabo, hemos podido conocer las difíciles condiciones en las que los/las profesionales de la ayuda desarrollan su trabajo en determinadas ocasiones. Lo cual, entre otros factores, puede motivar la aparición de afectación a nivel psicoemocional. La disparidad de los diferentes contextos laborales y las diversas profesiones que se han analizado, nos lleva a ser prudentes en cuanto al tratamiento del tema se refiere. No obstante, podemos poner de manifiesto los principales aspectos que creemos se relacionan con el foco general de la investigación: conocer la afectación

psicoemocional de los/las profesionales del ámbito de la Salud Mental. Entre éstos, destacamos los siguientes:

- El contexto laboral y las problemáticas a las que se enfrentan los/las profesionales de la ayuda.
- La preparación formativa y experiencia profesional en el ámbito de trabajo.
- El desarrollo de las capacidades y/o habilidades de afrontamiento del profesional, ante situaciones que pueden alterar su estado psicoemocional.
- El soporte y/o recursos de apoyo a nivel psicológico, social, estructural y organizativo que la entidad profesional a la que pertenecen, proporciona a los/las profesionales de la ayuda.
- La relación terapéutica y el vínculo terapéutico que el/la profesional de la ayuda establece con el paciente.
- La presión social en su profesión y en el contexto o sector profesional donde operan.
- El nivel de implicación y/o compromiso con su profesión.
- El marco de confidencialidad y la ética en su profesión.

Entre los diferentes temas que se han abordado a lo largo del estudio, cabe destacar la situación de vulnerabilidad y amenaza con la que algunos/as profesionales de la ayuda conviven actualmente. En diversos momentos hemos aludido a ello, especialmente en el marco teórico de referencia. Algunos datos resultantes del cuestionario aplicado también podrían corroborarlo. Es por esto que vemos indispensable un mayor estudio y conocimiento de lo que representa en la actualidad el ejercicio de la profesión de la ayuda. Pese a que la profesión de la ayuda en el ámbito de Salud Mental, puede abarcar un amplio elenco de profesiones (psicólogas, terapeutas, psiquiatras, enfermeras, trabajadoras sociales, educadoras sociales, auxiliares de clínica, etc.), y por ende, una infinidad de diferentes perfiles y situaciones entre las mismas.

Podemos considerar la prestación de ayuda como el fundamento general compartido por las diferentes profesiones, y de esta forma poder aproximarnos a un examen más adecuado del tema que nos ocupa.

Como hemos tratado, concretamente en el apartado 4.5, el autocuidado representa un aspecto muy importante para poder hacer frente a las circunstancias arriba mencionadas, y mejorar el bienestar del profesional de la ayuda. Sin embargo, más allá de que el mismo profesional tome las medidas necesarias para llevarlo a cabo, el estudio y análisis del tema investigado, nos lleva a considerar necesaria la implementación de programas y mecanismos de actuación, en pro de trabajar, entre otras cuestiones, la afectación psicoemocional de los/las profesionales de la ayuda. Asimismo, estimamos conveniente que pueda realizarse, empleando la intervención arteterapéutica como una posible vía de trabajo en este sentido.

Por último, mencionar que hemos constatado uno de los temas relacionados con el estudio previo a la investigación: la muerte por suicidio o intento autolítico de un paciente puede motivar afectación psicoemocional en el/la profesional, considerando este hecho una experiencia traumática o estresante. Cabe mencionar también que entre los factores estresores que más afectan a los/las profesionales de la ayuda son los relacionados con la incapacidad e incertidumbre ante determinadas situaciones. Asimismo, la investigación también revela que la mayoría de profesionales han sentido o sienten malestar, frustración, impotencia, angustia, tristeza y confusión ante situaciones experimentadas como traumáticas o estresantes. Como información reseñable aportada a través del cuestionario, apuntamos que 35 de los 48 participantes han contestado haberse sentido abrumados por algún caso presentado en su vida laboral. Igualmente notoria resulta la necesidad y/o interés en poder formar parte de programas, grupos de discusión y/o espacios donde se comunique abiertamente el estado de ánimo o las emociones, que los/las profesionales del ámbito de la Salud Mental sienten en el trabajo. Así lo manifiestan 37 de los 48 participantes. Con ello queremos concluir que la línea de actuación profesional deberá contemplar este tipo de cuestiones para poder hacer frente a las necesidades y requerimientos, presentes y futuros, de los/las profesionales del ámbito de la Salud Mental.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, S. J. y Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic Alliance. *Psychotherapy*, 38, 171 – 185.
- Álvarez, T. y Velásquez, O. (1995). La ética en la asistencia al paciente con dolor y sufrimiento. *Latreia*, 8 (3), 116 – 123.
- Arnal, J., Del Rincón, D. y Latorre, A. (1994). *Investigación educativa. Fundamentos y metodologías*. Barcelona: Labor.
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 1 – 70. Recuperado el 22 de mayo de 2016 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
- Cibanal, L., Siles, J., Arce, M^a.C., Domínguez, J.M., Vizcaya, F. y Gabaldón, E. (2001). Teoría y Método. La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Cultura de los Cuidados*. Núm. 10, 88 – 99.
- Codesal, R. y Quintana, A. (2010). Aspectos emocionales de la práctica profesional del residente de psiquiatría. En Bravo., M.F., Sáiz, J. y Bobes, J., (Pdtes.) Manual del Residente de Psiquiatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Tomo I, 101 – 107, Madrid: ENE Life Publicidad.
- Cooper J. B., Newbower R. S., Long C. D. y McPeck B (1978). Preventable anesthesia mishaps: a study of human errors. *Anesthesiology*, 49, 399-406.
- De Castro, A. y García, G. (2011). *Psicología clínica: fundamentos existenciales*. Colombia: Universidad del Norte.
- Echeburúa, E. (2002). El secreto profesional en la práctica de la psicología clínica y forense: alcance y límites de la confidencialidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 28, 120. Recuperado el 20 de mayo de 2016 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=272366>
- Evans, S., Huxley, P., Gatley, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., Medina, J., Kendall, T. y Katona, C. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 188, 75-80. Recuperado el 19 de mayo de 2016 de <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/188/1/75.full.pdf>
- Fernández, J. y Edo, S. (1994) ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de psicología*, 10 (2), 127-

133. Recuperado el 20 de mayo de 2016 de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/03-10_2.pdf

Fernández, P. y Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19 (3), 63-93. Universidad de Málaga. Recuperado el 22 de marzo de 2016 de http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf61modelo_de_mayer_salovey.pdf

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological bulletin*, 51 (4), 327.

Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Gérvás, J. (2006). Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gaceta Sanitaria*, 20, 127 – 134. Recuperado el 9 de marzo de 2016 de http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/salud_publica/014.pdf

Gómez, S., Ballester, R., Gil, B. y Abizanda, R. (2015) Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de psicología*, vol. 31, 2, 743 – 750. Universidad de Murcia. Recuperado el 28 de marzo de 2016 de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/analesps.31.2.158501/175861>

Grau, A., Suñer, R. y García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*; 19 (6): 463-70.

Henry, M. Séguin, M. y Drouin, M. S. (2004). Les réactions des professionnels en santé mentale au décès par suicide d'un patient. *Revue québécoise de psychologie*, 25 (3), 241-57.

Jairo, J., Vélez, M.C. y Krikorian, A. (2008). Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. *Psicooncología*. Vol. 5, 2 – 3, 245 – 255. Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana. Recuperado el 23 de mayo de 2016 de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220245A>

Komaroff, A. (2012). A gut-brain connection. Revista digital *Harvard Health Publications*. Recuperado el 27 de marzo de 2016 de <http://www.health.harvard.edu/healthbeat/the-gut-brain-connection>

Linde, A. (2005). Reflexiones sobre los efectos de las imágenes de dolor, muerte y sufrimiento en los espectadores. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación*, nº 25, 2, Huelva.

Losada, P. (2005). *Intervención en Salud Mental, en la fase post-emergencia, con poblaciones damnificadas por catástrofes. Experiencias en La India, Tsunami, 2005*. Ponencia presentada en el Congreso Regional de La Asociación Psiquiátrica Mundial. La Habana, Cuba. Del 27 al 31 de marzo de 2006.

Mckay, L. (2007). *Cuidados para trabajadores humanitarios ante traumas e incidentes críticos*. Headington Institute – Care for Caregivers Worldwide. Recuperado el 24 de mayo de 2016 de http://www.headington-institute.org/files/spanish_translation_trauma_critical_incident_care_for_humanitarian_workers_final_86138.pdf

Mingote, J. C., Moreno, M. y Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*. 123, 7, 265 – 270.

Morales, G., Gallego, L.M. y Rotger, D. (2008). *Entre crisis, traumas y "burnout"*. Cuadernos de Crisis, 7, (2), 8 – 19. Recuperado el 7 de mayo de 2016 de <http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2008/Num7Vol22008.pdf>.

Nadal, M.V. (2016, 2 de marzo). La mitad de los psicólogos dicen estar deprimidos. El País Digital. Recuperado el 21 de mayo de 2016 de http://elpais.com/elpais/2016/02/25/ciencia/1456418797_984843.html

Nelson, J. E. (2000). *Más allá de la dualidad: integrando el espíritu en nuestra comprensión de la enfermedad mental*. Barcelona: La liebre de marzo.

Ortiz, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica: Excesos y alternativas en salud mental*. Colección Salud Mental Colectiva. Madrid: Grupo 5.

Ortiz, A. (2008). Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. *Átopos*, 7, 26 – 34. Recuperado el 8 de mayo de 2016 de http://www.atopos.es/pdf_07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf

Ramos, M. (s/f). El factor humano: el impacto emocional de la labor profesional del psicoterapeuta. Instituto de Terapia Gestalt de Valencia. Recuperado el 21 de mayo de 2016 de <http://www.itgestalt.com/cms/system/files/private/EL%20FACTOR%20HUMAN%20O.pdf>

Rogers, C. (1992). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Rothschild, B. (2008). *Ayuda para el profesional de la ayuda – psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ruiz, C. y Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 4, 1, 137-160.

Sáinz, F. y Talam, A. (2009) Prevención Cuaternaria en Salud Mental. *Intercanvis*, 23. Recuperado el 8 de mayo de 2016 de http://intercanvis.es/articulos/23/art_n023_08R.html

Uriarte, C. (2008). Pasos para establecer un programa de cuidado de equipos. I Jornada para cuidar al cuidador dirigido a emergencistas y a cooperantes. Psicólogos Sin Fronteras, Madrid, 20 de noviembre de 2008.

Van Heugten, K. (2011). *Social work under pressure: How to overcome stress, fatigue and burnout in the workplace*. Jessica Kingsley Publishers.

ANEXO I

Cuestionario sobre la Afectación Psicoemocional de los Profesionales del Ámbito de la Salud Mental

Este cuestionario forma parte de una investigación enfocada a conocer la afectación psicoemocional de los profesionales del ámbito de la salud mental. La información facilitada es de dominio privado, únicamente se empleará para el desarrollo de la investigación, mostrándose de forma ANÓNIMA en el contenido del estudio.

En primer lugar, nos gustaría conocer algunos datos básicos, para ello te agradeceríamos que marques la respuesta que más se aproxime en tu caso. Posteriormente, seguiremos con otras cuestiones relativas a tu contexto de trabajo.

Profesión

- Psicólogo/a
- Enfermero/a
- Psiquiatra
- Auxiliar de Clínica
- Terapeuta
- Educador Social
- Trabajador Social
- Otros

Lugar de Trabajo

- Hospital
- Centro de Día
- Centro de Intervención Comunitaria
- Casa Tutelada
- Residencia
- Campo de Refugiados
- Otros

Años de Experiencia en Salud Mental

- Menos de 3
- Entre 3 y 5
- Entre 5 y 10
- Entre 10 y 15
- Entre 15 y 20
- Más de 20

Edad

- Entre 18 - 23
- Entre 23 y 30
- Entre 30 y 37
- Entre 37 y 45
- Entre 45 y 52
- Entre 52 y 65

Sexo

- F
- M

En tu contexto familiar o relacional, tienes o has tenido algún caso afectivamente cercano, relacionado con el ámbito de la Salud Mental

Sí

No

DIMENSIÓN EMOCIONAL ¿Cuál de los siguientes supuestos experimentas en tu contexto de trabajo?

Contesta una opción de cada uno de los bloques separados por letras:

Bloque A

Hay momentos en los que me exaspero

Suelo tener arrebatos que me conducen a estados coléricos

Con frecuencia paso por agitaciones e irritaciones

En ocasiones no tolero lo que ocurre y me altero

No me siento reflejado con ninguno de los enunciados anteriores

Bloque B

- La ironía y el humor son una constante en mi interacción sociolaboral
- No suelo sentirme alegre en mi cotidianidad laboral
- Ocasionalmente disfruto en mi trabajo
- Con frecuencia paso por momentos de júbilo y dicha
- No me siento reflejado con ninguno de los enunciados anteriores

Bloque C

- Percibo que ciertas situaciones me generan inseguridad
- Reconozco haber pasado por situaciones en las que me he sentido amenazado
- Generalmente tiendo a mostrarme prudente
- Con frecuencia me veo incapaz de reaccionar ante lo que sucede
- No me siento reflejado con ninguno de los enunciados anteriores

Bloque D

- Me cuesta empatizar con las personas que atiendo
- En numerosas ocasiones reconozco en mí una actitud piadosa
- En algunos momentos siento ternura en el trato con las personas que trabajo
- Con frecuencia la persona que atiendo despierta un sentimiento de afecto y comprensión en mí
- No me siento reflejado con ninguno de los enunciados anteriores

Bloque E

- Raramente me siento desanimado/a
- Suelo sentirme afligido con frecuencia
- No siento que la tristeza esté presente en mí
- Suelo sentirme apenado y con deseos de llorar
- No me siento reflejado con ninguno de los enunciados anteriores

DIMENSIÓN DE COMPORTAMIENTO ¿Cuál de las siguientes frases se asemeja más a tu cotidianidad laboral?

- Considero que soy una persona muy sensible y esto me ayuda a trabajar con los demás
- Creo que a veces me preocupo en exceso por cómo se encuentran las personas en mi contexto de trabajo
- Si siento que algo me ha impactado, tengo la impresión de que este hecho ocupa mucho tiempo en mi mente
- Vivo lo que les sucede a otros de forma muy personal como motivación para mi trabajo
- No me siento reflejado con ninguno de los enunciados anteriores

¿Qué frase encajaría más en tu realidad de trabajo?

- Necesito desconectar de lo que ocurre y busco espacios apartados para retomar mejor mi actividad
- No me implico emocionalmente con las personas que trato para no sentirme vulnerable
- Soy capaz de encontrar momentos para distanciarme de aquello que me afecta en mi trabajo
- Siento apatía y desinterés por lo que me rodea, y me supone un esfuerzo involucrarme de forma activa
- No me siento reflejado con ninguno de los enunciados anteriores

¿Qué supuesto se acerca más a lo que te ocurre?

- Me siento muy frustrado/a cuando mi trabajo no aporta lo suficiente a quien atiendo
- Si en alguna ocasión me siento impotente, acabo encontrando una vía de actuación resolutive
- En mi trabajo se dan muchos casos de fracaso y esto me genera malestar
- Me adapto fácilmente a las situaciones difíciles que se presentan en el día a día laboral
- No me siento reflejado con ninguno de los enunciados anteriores

¿Cuál de las siguientes frases se ajusta más a tu situación?

- En ocasiones creo que me he equivocado pero no me siento mal con ello, intento reconducirlo en lo sucesivo
- Me siento responsable y angustiado de algunos hechos negativos que han sucedido en mi contexto laboral e
- Si perjudico a alguien en mi entorno de trabajo, me sirve de aprendizaje y no me siento afectado por ello
- Tomar decisiones que repercuten en la vida de las personas que atiendo, me genera ansiedad y agobio
- No me siento reflejado con ninguno de los enunciados anteriores

DIMENSIÓN SOCIAL ¿Cuál de las siguientes palabras relacionas más con tu profesión?

- Optimismo
- Bondad
- Compromiso
- Paciencia
- Valor
- Ninguna de las anteriores

En caso de ser atendido por un profesional de tu ámbito en alguna circunstancia particular ¿qué valorarías más?

- La escucha y la atención personalizada
- El afecto y la comprensión
- Sentirme libre, no juzgado
- El entusiasmo y la tolerancia
- Otros

En caso de haberte sentido abrumado por algún caso que se haya presentado en tu vida laboral ¿lo has reportado a tu responsable más directo?

- Sí, lo he reportado
- Sí se me ha presentado pero no lo he reportado
- No se me ha presentado
- No se me ha presentado pero no tendría inconveniente en reportarlo

¿Has formado parte de algún programa dirigido a profesionales de la Salud Mental, grupos de discusión y/o espacios donde se comuniquen abiertamente el estado de ánimo o las emociones que sientes en tu trabajo?

- Sí, en alguna ocasión dentro de las competencias laborales requeridas
- Sí, en alguna ocasión pero de forma extralaboral
- Sí, con frecuencia participo activamente en el que se propone en mi trabajo
- No
- No, pero me gustaría
- No, no lo considero innecesario

Describe un hecho traumático o experiencia estresante en tu trabajo ¿cómo te sentiste?

Si lo deseas, puedes dejarnos algún dato de contacto que prefieras, para comunicarte el estudio elaborado a partir de la investigación