

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA -CIEPs-**

**“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“EFECTOS DEL ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN LOS PROFESIONALES  
DE LA SALUD MENTAL QUE ATIENDEN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES  
VÍCTIMAS DE MALTRATO”**

**POR:**

**CARLA JOHANNA MORALES MÉNDEZ**

**CELESTE ANDREÍNA RUIZ TORCELLI**

**GUATEMALA, NOVIEMBRE 2021**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA -CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“EFECTOS DEL ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN LOS PROFESIONALES DE  
LA SALUD MENTAL QUE ATIENDEN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS  
DE MALTRATO”

POR:

CARLA JOHANNA MORALES MÉNDEZ

CELESTE ANDREINA RUIZ TORCELLI

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2021



**CONSEJO DIRECTIVO**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

**DIRECTOR**

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL DE DE LEÓN

**SECRETARIA**

M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA

M. Sc. JOSÉ MARIANO GONZÁLEZ BARRIOS

**REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

VIVIANA RAQUEL UJPÁN ORDÓÑEZ

NERY RAFAEL OCOX TOP

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

M.A. OLIVIA MARLENE ALVARADO RUÍZ

**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



C.c. Control Académico  
CIEPs.  
UG  
Archivo  
Reg.087-2020  
CODIPs.1666-2021

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

15 de octubre de 2021

Estudiantes

Carla Johanna Morales Méndez de Vivar  
Celeste Andreína Ruiz Torcelli  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto QUINTO (5º) del Acta CINCUENTA Y NUEVE GUIÓN DOS MIL VEINTIUNO (59-2021), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 15 de octubre de 2021, que copiado literalmente dice:

“**QUINTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: “**EFFECTOS DEL ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL QUE ATIENDEN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE MALTRATO**”, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

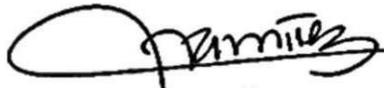
**Carla Johanna Morales Méndez de Vivar**  
**Celeste Andreína Ruiz Torcelli**

**CARNÉ: 2365 41021 0101**  
**CARNÉ: 2053 88124 0101**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la M.A. Heidy Marie Peña Riley y revisado por el Licenciado Pedro José de León Escobar. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESIÓN del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramirez Orizabal  
SECRETARIA



/Gaby



UGE-250-2020



Guatemala, 13 de octubre de 2021

**Señores**

**Miembros del Consejo Directivo**

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, las estudiantes, **CARLA JOHANNA MORALES MÉNDEZ DE VIVAR, CARNÉ NO. 2365-41021-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2014-01017 y Expediente de Graduación No. L-174-2019-C-EPS / CELESTE ANDREÍNA RUIZ TORCELLI, CARNÉ NO. 2053-88124-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2013-16172 y Expediente de Graduación No. L-182-2019-C-EPS**, han completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- **10 créditos académicos del Área de Desarrollo profesional**
- **10 créditos académicos por trabajo de graduación**
- **15 créditos académicos por haber aprobado el Ejercicio Profesional Supervisado –EPS-**

Por lo antes expuesto, en base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"EFECTOS DEL ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL QUE ATIENDEN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE MALTRATO"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 26 de ABRIL del año 2021.

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

  
  
**M.A. MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ**  
**COORDINACIÓN**  
**UNIDAD DE GRADUACIÓN**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

Lucia, G.

**CC. Archivo**

**Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación**



**USAC**  
TRICENTENARIA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



**INFORME FINAL**

Guatemala, 04 de mayo de 2021

**Señores**

Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Pedro José de León Escobar** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“EFECTOS DEL ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL QUE ATIENDEN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE MALTRATO”.**

**ESTUDIANTES:**

Carla Johanna Morales Méndez de Vivar  
Celeste Andreina Ruiz Torcelli

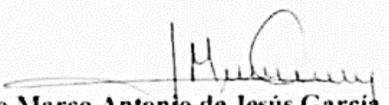
**DPI. No.**

2365410210101  
2053881240101

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 26 de abril de 2021 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 29 de abril de 2021, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

  
**Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez**  
**Coordinador**  
**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.**  
**“Mayra Gutiérrez”**



c. archivo

Centro Universitario Metropolitano - CUM - Edificio "A"  
9ª Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono 24-187530



**USAC**  
TRICENTENARIA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS CIEPs



Guatemala, 04 de mayo de 2021

**Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez**  
**Coordinador**  
**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

- **“EFECTOS DEL ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL QUE ATIENDEN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE MALTRATO”.**

**ESTUDIANTES:**

**Carla Johanna Morales Méndez de Vivar**  
**Celeste Andreina Ruiz Torcelli**

**DPL No.**  
**2365410210101**  
**2053881240101**

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 26 de abril de 2021, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

**Licenciado Pedro José de León Escobar**  
**DOCENTE REVISOR**



c. archivo

Guatemala, 4 de agosto de 2021

**Licenciado**

**Marco Antonio de Jesús García Enríquez**

**Coordinador**

**Centro de Investigación en Psicología (CIEPs) "Mayra Gutiérrez"**

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe de investigación titulado "*Efectos del estrés traumático secundario en los profesionales de la salud mental que atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato*". Realizado por las estudiantes Carla Johanna Morales Méndez, CUI: 2365 41021 0101 y Celeste Andreina Ruiz Torcelli, CUI: 2053 88124 0101.

El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigación en Psicología, por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito se proceda a la revisión y aprobación del correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,

(f). Heidi Marie Peña Riley  
Licda. Heidi Marie Peña Riley  
Psicóloga, Psicoterapeuta Clínica  
Colegiado No. 8136  
Asesora de Contenido  
Heidi Marie Peña Riley  
PSICOLOGA  
Colegiado No. 8136



Asociación Nacional Contra el  
Maltrato Infantil

2a Avenida 5-45, Zona 1  
Ciudad de Guatemala

contacto@conacmi.org  
www.conacmi.org

Tel: 2220-7400; 2312-6796/97

Conacmi Guatemala

Guatemala, 15 de octubre de 2,020

Licenciado

Marco Antonio de Jesús García Enriquez

Coordinador Centro de Investigación en Psicología

-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

Presente.

Estimado Licenciado García:

Con un cordial saludo me dirijo a usted, deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes: Carla Johanna Morales Méndez de Vivar, que se identifica con número de CUI 2365410210101 y Celeste Andreina Ruiz Torcelli, que se identifica con número de CUI 2053881240101, realizaron en la institución 9 entrevistas a 7 psicólogos (as) y 2 trabajadoras sociales, como parte del trabajo de investigación titulado: "Efectos del estrés traumático secundario en los profesionales de la salud mental que atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato" en los días 13, 14 y 15 de octubre del presente año.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,

Lic. Miguel Ángel López Guerra  
Director Ejecutivo de CONACMI  
CC. Archivo



PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR: CARLA JOHANNA MORALES MÉNDEZ

LICENCIADO MILTON MIGUEL VIVAR CARPIO

CONTADOR PÚBLICO Y AUDITOR

COLEGIADO 12558

POR: CELESTE ANDREÍNA RUIZ TORCELLI

MSc. ELDIN YOVANY PIOX MORALES

MAGISTER ARTIUM EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS

CON MENCIÓN EN MARKETING

LICENCIADO EN MERCADOTECNIA

COLEGIADO 22356

## ACTO QUE DEDICO

### **A Dios:**

Por ser mi refugio, mi soporte, quien me da la fortaleza para seguir adelante. Gracias porque siempre me has sostenido de tu mano y hoy haces realidad uno de mis sueños tan anhelados.

### **A mis padres:**

César y Silvia de Morales, por su sacrificio constante, por enseñarme que con dedicación, perseverancia y esfuerzo se cumplen nuestras metas, porque todo lo que soy se los debo a ellos. Mami: gracias porque inculcaste en mí principios, valores y me enseñaste a ser una mujer de bien, por tu amor, apoyo incondicional y tus palabras de aliento que tuve en todo momento, te amo mamita. Papi: gracias por tus enseñanzas, por anhelar y desear siempre lo mejor para mi vida, Dios te bendiga, te amo. Este logro es por y para ustedes, con todo mi amor.

### **A mí esposo:**

Milton Vivar, por ser parte fundamental en mis proyectos, aspiraciones y logros, porque siempre cuento con tu apoyo y por estar ahí cuando más te necesito, eres un hombre ejemplar a quien admiro en todos los aspectos, bendices mi vida enormemente. Te amo muchísimo amore mío. ¡Gracias!

### **A mis hijas:**

Demi y Dani mis dos grandes amores, el día de hoy les demuestro que cuando se quiere se puede y no existen límites más que los que nos ponemos nosotros mismos. Llevo en mi mente sus lindos detalles, muestras de amor y apoyo de cuando más lo necesité. Gracias princesitas hermosas, las amo con todo mi corazón.

### **A mis hermanas y hermano:**

Roxana, Yeniffer y Dennis, por compartir conmigo la alegría que representa alcanzar esta meta, por ser los mejores hermanos, por sus palabras, y tantos momentos vividos que atesoro en mi corazón.

### **A mi amiga y compañera de tesis:**

Celeste Ruiz, admiro tu forma de sobreponerte ante las adversidades y de cómo luchas por tus sueños, sé la clase de persona, amiga y profesional que eres, te mereces todo lo bueno de este mundo. Gracias por tantos momentos inolvidables compartidos.

### **A mis amigos (as):**

Me siento afortunada porque Dios los puso en mi camino y aunque no los mencione por nombre les agradezco por su amistad, apoyo y anécdotas vividas en el trayecto de la carrera.

**Carla Johanna Morales Méndez.**

## ACTO QUE DEDICO

### **A Dios:**

Por ser mi guía y fuerza durante este proceso de formación, por darme sabiduría y las herramientas para ser una mujer virtuosa y ponerme en lugares altos.

### **A mis padres:**

Que están en el cielo cuidándome como dos ángeles, de ustedes aprendí a no darme por vencida, ser aguerrida y luchar por mis sueños aun cuando la vida cambia repentinamente. Agradezco porque me formaron con principios y valores que han hecho de mí una mujer ejemplar, gracias por la oportunidad que me dieron de recibir la educación que hoy está cambiando mis generaciones. Hoy honro a mi padre y a mi madre con este logro, sé lo importante que era para ellos también.

### **A mis hermanos y hermana:**

Por cuidarme, apoyarme y estar a mi lado celebrando mis éxitos a su manera, por el aprecio y la unidad que hemos alcanzado como familia estos últimos años. En especial agradezco a mi hermana por ser el apoyo indispensable para culminar mi carrera, por tenderme la mano y estar al pendiente de mí en todo momento.

### **A mi pastor Herbert Porras:**

Por abrirme las puertas de Ministerios EGEIRO, que es mi segunda casa. Por ser mi padre espiritual, por sus sabios consejos, moldear mi carácter y enseñarme a ser una mujer que vive bajo los principios y estatutos de Dios, porque me ha enseñado el verdadero amor al prójimo a través del servicio. Lo bendigo con todo mi corazón.

### **A mi amiga y compañera de tesis:**

Carla Morales, por todo el cariño y el apoyo que me ha brindado desde que la conozco y por la oportunidad que me dio de conocer a su bella familia. La admiro por su determinación, fuerza y valentía, te doy gracias por ser ejemplo a mi vida.

### **A mis amigas y amigos:**

Amy Illescas, Linda Palencia, Angélica Higueros, Marlin Piox, Yovani Piox Magdita Terracé y Josué Porras. Maricela Ajiatáz, Astrid Theilheimer, Alejandra Linares y Víctor Velásquez, Gustavo y Familia Martínez Blandón por todo el apoyo incondicional en estos años de carrera universitaria, reciban todas las bendiciones y sea multiplicado todo lo que han sembrado en mi vida.

**Celeste Andreína Ruiz Torcelli.**

## AGRADECIMIENTOS

### **A Dios:**

Por darnos la fortaleza y sabiduría durante este proceso y permitirnos alcanzar esta meta.

### **A la gloriosa Universidad de San Carlos de Guatemala:**

Por ser nuestra casa de estudios y formarnos como profesionales.

### **A la Escuela de Ciencias Psicológicas:**

Por brindarnos las herramientas necesarias para construir nuestros conocimientos y darnos la oportunidad de servir a nuestra patria a través de ella.

### **A los docentes:**

Por compartirnos su conocimiento, a ustedes nuestra admiración y respeto.

### **A nuestro revisor de tesis:**

Licenciado Pedro José de León Escobar por su apoyo y el tiempo dedicado a la revisión y corrección de nuestra tesis.

### **A nuestra asesora de tesis:**

Licenciada Heidi Marie Peña Riley por brindarnos su apoyo incondicional.

### **A la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil - CONACMI**

Por abrirnos las puertas para llevar a cabo la presente investigación.



1.03.12. Consideraciones éticas.....	26
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>28</b>
<b>2. Técnicas e instrumentos.....</b>	<b>28</b>
2.01. Enfoque y modelo de investigación.....	28
2.02. Técnicas.....	28
2.02.01. Técnicas de muestreo.....	28
2.02.02. Técnicas de recolección de datos.....	29
2.02.02.01. Observación.....	29
2.02.02.02. Entrevista individual semiestructurada.....	29
2.02.02.03 Técnicas de análisis de datos.....	29
2.03. Instrumentos.....	30
2.03.01. Ficha de registro de observación.....	30
2.03.02. Escalas.....	30
2.03.03. Protocolo de escala de estrés traumático secundario.....	31
2.03.04. Protocolo de escala de conducta de autocuidado para Psicólogos clínicos EAP.....	31
2.04. Operacionalización de objetivos, categorías y variables.....	32
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>34</b>
<b>3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados.....</b>	<b>34</b>
3.01. Caracterización del lugar y de la muestra.....	34
3.01.01. Características del lugar.....	34
3.01.02. Características de la muestra.....	34
3.02. Presentación e interpretación de resultados.....	35
3.03. Análisis general.....	41
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>44</b>
<b>4. Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>44</b>
4.01. Conclusiones.....	44
4.02. Recomendaciones.....	46
4.03. Referencias.....	48
Anexos.....	51

## Resumen

*“Efectos del estrés traumático secundario en los profesionales de la salud mental que atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato”.*

**Autoras:** Carla Johanna Morales Méndez - Celeste Andreína Ruiz Torcelli

La investigación: “Efectos del estrés traumático secundario en los profesionales de la salud mental que atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato”, se realizó en la ciudad de Guatemala en la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil (CONACMI). Tuvo como principal objetivo: detectar los efectos del estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental que atienden a NNA víctimas de maltrato. Y específicamente se determinaron las consecuencias de trabajar en ambientes de vulnerabilidad y maltrato que podrían llegar a inferir en el momento de la intervención terapéutica, se identificaron los signos y síntomas del estrés traumático secundario que se desarrollan en los profesionales. Se fundamenta en el enfoque cognitivo conductual en la teoría de Figley quien argumenta que el estrés traumático secundario, se considera un síndrome ocupacional originado por el estrés, provocado por la exposición a incidentes que experimenta otra persona, por lo que se analizaron las prácticas de autocuidado personales y profesionales que utilizan para reducir el riesgo o desgaste.

La investigación se llevó a cabo en los meses de marzo a octubre de 2020, el modelo de la investigación es cuantitativo con diseño descriptivo, la muestra de la investigación es no aleatoria, se seleccionó a psicólogos (as) y trabajadoras sociales, siendo dos hombres y siete mujeres. Los instrumentos para la recolección de datos que se utilizaron fueron: escala de estrés traumático secundario, escala de conductas de autocuidado, guía de entrevista abierta y ficha de registro de observación.

Dentro de los principales hallazgos encontrados en la investigación fue que, los profesionales se ven afectados al ser empáticos con la población que atienden, encontrando que son vulnerables a padecer estrés traumático secundario debido a los indicadores que manifiestan como: carga emocional, cambios emocionales, impotencia, frustración, estrés y síntomas físicos que se presentan en alergias, náuseas, dolores de cabeza, espalda y estómago.

## PRÓLOGO

Actualmente existe variación en las causas del estrés traumático secundario, tomando en consideración que este tipo de afectación se da específicamente en profesionales que se dedican al cuidado de personas que han sufrido un evento traumático. Los efectos pueden ser perjudiciales para la salud mental del profesional de ayuda, al no contar con herramientas que le permitan el autocuidado del impacto que le genera escuchar o ver acontecimientos de la persona que está atendiendo. Psicólogos/as y trabajadoras sociales muestran desgaste emocional al ser empáticos con la persona que acude a sus servicios, estando más expuestos al atender casos de maltrato.

El objetivo general que motivó la realización de la presente investigación es detectar los efectos del estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental que atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y que son referidos a la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil CONACMI. Los objetivos específicos fueron: determinar las consecuencias de trabajar en ambientes de vulnerabilidad y maltrato que podrían llegar a inferir en el momento de la intervención terapéutica, identificar los signos y síntomas del estrés traumático secundario que se desarrollan en los profesionales de la salud mental que atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de algún tipo de maltrato, analizar las prácticas de autocuidado personales y profesionales que utilizan para reducir el riesgo o desgaste. La investigación se llevó a cabo con una muestra de 9 profesionales psicólogos (as) y trabajadoras sociales, comprendidos entre las edades de 25 a 35 años. A quienes se les realizó, una entrevista abierta, una escala de frecuencia para identificar los niveles de estrés traumático secundario y una escala de conductas de autocuidado.

A pesar que existen varias investigaciones relacionadas al estrés traumático secundario en el profesional de la salud mental, en Guatemala no se le ha dado la importancia del estudio de la aplicación de herramientas de autocuidado y cómo esto puede repercutir en la atención directa a los pacientes. La investigación abordó la problemática desde un punto de vista psicosocial, permitió analizar la afección del profesional y las prácticas de autocuidado que utiliza, evidenciando que el compromiso de buscar el bienestar emocional es limitado a nivel personal e institucional, sin embargo, las condiciones resilientes que posee cada persona le permiten reponerse.

Esta investigación ofrece datos que permite a psicólogos (as) y trabajadoras sociales reconocer los indicadores que sugieren el uso de las prácticas de autocuidado. También previene a la institución sobre las consecuencias negativas que se presentan en los profesionales por la sobrecarga laboral, atención de emergencias y actividades extras relacionadas a casos. Adicionalmente se plantearon recomendaciones para la construcción de un plan de autocuidado de acciones internas y externas.

Al realizar la presente investigación, una de las limitantes significativas fue que los profesionales poseen conocimiento de la temática, ocasionando mecanismos de defensa por no verse expuestos a los resultados obtenidos. Por lo que se requiere aplicar esfuerzos necesarios para la eliminación de esos prejuicios y ratificar la situación de sus experiencias.

Esta investigación fue realizada gracias al apoyo que CONACMI brindó para su ejecución, así como a los profesionales que compartieron sus aportes y vivencia.

## Capítulo I

### 1. Planteamiento del problema y marco teórico

#### 1.01. Planteamiento del problema

El maltrato infantil es un problema psicosocial que afecta cada vez más a la población guatemalteca, siendo los niños, niñas y adolescentes los más vulnerables y afectados ante dicha problemática; estadísticas del instituto nacional de ciencias forenses consideran que el “80% de agresores son por familiares cercanos” (INACIF, 2018). En Guatemala la violencia es un fenómeno común en las familias, las normalizaciones de las conductas violentas en el hogar impiden que las familias afectadas logren darse cuenta de la realidad, permitiendo abusos y maltrato. Cada día 13 niños y niñas son víctimas de violencia sexual desde el seno de su hogar, siendo aún mayor el número de niños, niñas y adolescentes que sufren maltrato físico y psicológico. El Instituto Nacional de Ciencias Forenses realizó 347 reconocimientos médicos por delitos sexuales solo en el primer mes de 2020 en niños y niñas que van de los 0 a los 14 años, de estos casos, 7 han sido niños y niñas menores de un año; 31 son casos de menores de 1 a 4 años; 96 son delitos cometidos contra niños de 5 a 9 años y 213 contra menores de 10 a 14 años (INACIF, 2020).

La situación de violencia que sufre la niñez guatemalteca va en aumento; existen varias instituciones gubernamentales y no gubernamentales que se dedican a la protección, siendo las principales a nivel nacional; Ministerio Público, Organismo Judicial, Procuraduría General de la Nación e INACIF; con ayuda de organizaciones no lucrativas que apoyan en los procesos de protección, rigiéndose a las leyes establecidas, que velan por la restitución de derechos y erradicando el maltrato en todos sus ámbitos; las instituciones trabajan brindando apoyo

psicológico, acompañamiento familiar y asesoría legal para minimizar el impacto del trauma por un evento causado ante cualquier situación de violencia; la población vulnerable se puede ver afectada en su función cognitiva, mayormente ante traumas que afectan los patrones de comportamiento.

Ante la población de niños, niñas y adolescentes afectados por algún tipo de maltrato, existen varias instituciones que brindan ayuda psicológica y social, tomando en consideración que dentro de cada institución hay profesionales de la salud mental que se encargan de dar atención a las familias afectadas, minimizar el impacto y dar acompañamiento en prevención de futuras agresiones; los psicólogos (as) o trabajadores (as) sociales que atienden a NNA que han sido víctimas de maltrato, pueden verse afectados a nivel fisiológico, cognitivo y afectivo; padeciendo signos y síntomas, por estar en constante acercamiento, crear vínculos afectivos y escuchar sus narrativas, viéndose reflejados en el rol laboral, pudiendo ocasionar estrés traumático secundario y/o fatiga por compasión y que en otros términos se le conoce como síndrome del quemado (burnout) por la fuerte carga emocional que tienen al brindar atención a la persona afectada.

Los psicólogos (as) o trabajadores (as) sociales en su proceso de atención a las familias se encuentran con problemáticas sociales como: pobreza, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual, negligencia parental, trata de personas, consumo de sustancias, delincuencia, entre otras; en la mayoría de las situaciones el desgaste laboral está asociado a la práctica psicosocial y el contacto con personas que han sido víctimas de violencia, siendo este un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona, de donde surge el siguiente cuestionamiento ¿Cuáles son los efectos del estrés traumático secundario en los profesionales de la salud mental?, ¿Cuáles son los signos y síntomas más frecuentes en los

profesionales de la salud mental que trabajan con NNA víctimas de maltrato? ¿Cuáles son las consecuencias de trabajar en ambientes de vulnerabilidad y maltrato infantil? ¿Cuentan los profesionales de la salud mental con prácticas de autocuidado a nivel personal y laboral?

Existen varias posibilidades, sin embargo, la investigación se orientó al efecto del estrés traumático secundario que sufren los profesionales que se ven expuestos a casos de maltrato, los cuales pueden llegar a ser más propensos, sino tienen técnicas de autocuidado dentro y fuera de la clínica. Se ha detectado que los profesionales que trabajan en la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil -CONACMI- no cuentan con las suficientes medidas de autocuidado dentro de la institución, siendo vulnerables a padecer estrés traumático secundario o el síndrome de quemado.

Se detectó que recientemente la Asociación cuenta con una persona de recursos humanos, encargada de mediar situaciones laborales y extra laborales del equipo, lo cual ha tenido avances significativos a la realidad del manejo de estrés. Tomando en consideración que la carga laboral sigue siendo uno de los principales factores estresantes, lo cual no ha permitido que se tengan espacios de autocuidado para satisfacer las necesidades del personal. La afectación traumática ha logrado disminuir en un grado pequeño, donde se evidenció que es necesario reforzar áreas de suma importancia en el trabajo con niñez y adolescencia vulnerada.

## **1.02. Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

- Detectar los efectos del estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental que atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y que son atendidos en la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil CONACMI

### **Objetivos específicos**

- Determinar las consecuencias de trabajar en ambientes de vulnerabilidad y maltrato infantil que podrían llegar a inferir en el momento de la intervención terapéutica.
- Identificar los signos y síntomas del estrés traumático secundario que se desarrollan en los profesionales de la salud mental que atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de algún tipo de maltrato.
- Analizar las prácticas de autocuidado personales y profesionales que utilizan para reducir el riesgo o desgaste.

### 1.03. Marco teórico

En relación con el estudio “Efectos del estrés traumático secundario en los profesionales de la salud mental que atienden a niños, niñas y/o adolescentes víctimas de maltrato” se tomaron en cuenta los antecedentes de investigación asociados a la problemática que se evidenció en otros países, considerando uno de ellos Perú donde se realizó una investigación sobre estrés traumático secundario y conductas de autocuidado en personal de salud mental. En el trabajo se buscó la correlación entre estrés traumático secundario y conductas de autocuidado en personal de salud.

Las pruebas utilizadas fueron escala de autocuidado para psicólogos clínicos (EAP) y escala de estrés traumático secundario (EETS), el muestreo utilizado fue intencional, para los resultados obtenidos se empleó la chi cuadrada y U de Mann Whiney donde se encontró que existe correlación estadísticamente significativa entre la variable de estrés traumático secundario y conductas de autocuidado. (Apaza y Bernal, 2016).

En España se realizó un trabajo de investigación que hace evidente las carencias existentes en el desarrollo del estrés traumático secundario sobre todo a nivel profesional. Además del retraso, el desconocimiento y la confusión ante esta temática mostró que no existen programas ni mecanismos de evaluación que se estén llevando a cabo. Demuestran la importancia que se trabaje a nivel nacional y se hiciese un estudio para ver el punto del estado emocional de los profesionales ante situaciones estresantes y traumáticas mediante la escala de estrés traumático secundario, la cual depende del resultado para poner en marcha medidas de actuación y poder dar la mejor atención posible y ser eficientes en el trabajo (Torres, 2014,2015).

En Uruguay se realizó un estudio sobre los factores psicológicos y las conductas de autocuidado, asociado al proceso de estrés traumático secundario, en profesionales de la salud

mental, en el año 2014, no se contó con ningún antecedente dentro del país debido a que estas temáticas son poco abordadas. Dicho trabajo tomó como muestra a profesionales y trabajadores de la salud mental (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, asistentes sociales y vigilantes) que desempeñan sus labores en el Hospital Vilardebó, donde estima la prevalencia de sintomatologías relacionadas con ETS; por ser considerado un sector donde los profesionales de la salud están expuestos a situaciones altamente estresantes. En cuanto a los resultados obtenidos al aplicar dichos instrumentos se podría decir que en relación con el ETS un 35.1% no presenta o son escasos sus síntomas de dicho trastorno, el 28,4% leves, el 13,5% moderados, el 8.1% altos y el 14,9% severos; es decir que un 64,9% está presente el trastorno, aunque en diversos niveles. También se observa que un 36,5% presentan sintomatología de trastorno por estrés postraumático debido al ETS. (Castro, 2017).

En Guatemala el estrés traumático secundario es un tema poco investigado, lo cual evidenció los pocos estudios realizados a la temática del problema que se aborda, sin embargo, existen tesis publicadas en la Universidad de San Carlos de Guatemala, que presentan temas relacionados como: el burnout, el trauma vicario, el estrés, entre otras. Un estudio presentado en la ciudad de Guatemala en el año 2016 explica los “factores psicosociales que intervienen en el afrontamiento del trauma” la cual permitió tener un acercamiento con los usuarios y usuarias de la unidad de atención a la víctima del Ministerio Público, algunos de los resultados reflejados, mostraron que el 32% de los encuestados identificaron situaciones traumáticas en otras personas con mayor facilidad que en sí mismos; el resto de la población con un 82% indicaron conocer el término en referencia, identificándose como una situación incómoda, molesta, negativa y que provoca una reacción física o emocional (Poroj, 2016)

Sobre los estudios realizados en Guatemala del estrés laboral y el burnout, se citó la tesis de Lemus (2015), que tuvo como objetivo determinar la incidencia y el componente predominante del síndrome de burnout en los residentes de pediatría del Hospital General San Juan De Dios. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo observacional, se realizó el cuestionario de Maslach Inventory Burnout. Se encuestaron 35 residentes de pediatría. Los resultados, mostraron 10 hombres y 25 mujeres, el promedio de edad fue de 25 años. Todos presentaron el síndrome de burnout, 22 de 35 presentaron agotamiento personal, 15 de 35 presentó despersonalización, 2 de 35 presentó realización personal. Se concluyó que todos los residentes de pediatría presentaron síndrome de burnout, siendo el componente predominante el agotamiento emocional.

#### **1.03.01. Trauma**

Pérez, (2006 citado en Martorell, 2013,2014, p.2) “Actualmente, el trauma es considerado una experiencia que pone a prueba la integridad de las personas y que suele estar asociado a acontecimientos inesperados e incontrolables que, producen emociones extremas, confusión, ambivalencia, normalmente, tiene efectos sobre la concepción de seguridad, invulnerabilidad y control de la propia vida y provoca desconfianza en sí mismo y en los demás. Se trata de un suceso difícil de compartir con otras personas e incomprensible para los demás, lo que disminuye la posibilidad de que el sujeto pueda hacerle frente”.

Todos en algún momento de la vida han sufrido traumas, ya sea desde la infancia, adolescencia o adultez, debido a situaciones externas que han causado un impacto en la vida de todo ser humano. Los traumas son muy frecuentes en una sociedad violenta y/o en contextos de vulnerabilidad, donde día con día las personas se ven expuestas a situaciones estresantes como: asaltos, violencia física y verbal, actos negligentes, abuso sexual, etc.

Martín Baró (s.f. citado en Poroj, 2016, pp.10-11) indica que: “Etimológicamente trauma significa herida; un traumatizado es un herido, cualesquiera que sean las causas y el tipo de lesión sufrida. Sin embargo, cuando en psicología se habla de trauma no se refiere a cualquier tipo de dolencia o trastorno comportamental, sino se refiere a aquellos problemas psíquicos originados por el impacto que una determinada experiencia o vivencia que tiene en una persona”. El autor da una perspectiva completa a lo que se refiere como trauma, haciendo énfasis sobre la dinámica entre los efectos psíquicos y comportamentales, sobre el impacto que ocasiona la experiencia, según las vivencias del ser humano.

El trauma también es vivido en varias ocasiones o en distintas condiciones, ocasionando que la persona se vea mayormente afectada. Las personas que han sufrido heridas por un evento traumático y que no han recibido ayuda psicosocial pueden llegar a tener repercusiones más altas a nivel personal y familiar derivado de las secuelas comportamentales tras un cambio ocasionado por un impacto. Hay heridas que nunca han sido tratadas y que llegan a afectar a una persona y a su entorno, se vuelven más arraigadas, por lo que lleva más tiempo poderlas sanar.

Para Sigmund Freud (s.f.) la definición de trauma citada en la tesis de licenciatura de (Poroj, 2016, p.10) es: “La esencia de una situación traumática es una vivencia de indefensión por parte del Yo ante la acumulación de excitaciones externas o internas”. Por lo antes expuesto Freud se refiere a la situación traumática como el trauma en sí, como también recalcar el carácter de indefensión ante el manejo de la energía libidinal.

Torres (2014,2015, p.4) “La palabra “trauma” proviene del griego trayma o traoo, que se traduce como herida. El término traumatismo, designa las consecuencias de una lesión violenta

sobre el conjunto del organismo. Freud con el psicoanálisis, lo incluyó en la esfera psíquica refiriéndose a una herida violenta sobre la psiquis humana y buscaba la curación”.

### **1.03.02. Trauma vicario**

Moreno y Garroza (2013, p.240) explica que “La traumatización vicaria resulta de un proceso de aproximación psicológica en el que los esquemas emocionales y cognitivos del paciente son compartidos por el personal de ayuda, que ha ido comprendiendo y asimilando los esquemas del mundo de su cliente, su origen y sus funciones psicológicas. La traumatización vicaria tiene lugar cuando la perspectiva del cliente, frecuentemente disfuncional, se hace prioritaria y acaba desplazando o sustituyendo a la del profesional”.

El trauma vicario se refiere a la transformación que ocurre en el profesional que presta la ayuda de acuerdo al compromiso de empatía que muestra con las experiencias traumáticas del paciente. Es un proceso cognitivo y empático con los supervivientes del trauma.

Los profesionales de la salud que se encuentran en contacto con personas que han sido víctimas de algún tipo de violencia, son las más vulnerables a padecer este tipo de trauma y que afecta directamente en el desempeño laboral, mostrando deterioros cognitivos y físicos, una vez no se cuenten con los cuidados necesarios dentro y fuera del espacio terapéutico. Debido al impacto que presenta ante la narrativa de un trauma, se pueden ver afectados y mostrar un cambio de emociones, así mismo por el rol empático dentro del proceso terapéutico es encadenar otro tipo de síntomas comórbidos al estrés traumático secundario o la fatiga por compasión.

### **1.03.03. Estrés**

Selye (1936,1978, citado en Ayuso, 2006, p.2) en su investigación define el estrés como la respuesta fisiológica ante estímulos que provocan en el organismo una respuesta biológica incluyendo estímulos psicológicos como agentes causales. Según Style (1936, 1978) expone que “Cuando nos enfrentamos a una nueva situación, el cerebro recibe información que se transmite y analiza a través de los sentidos”. Se explica que el estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta, ya sea fisiológica.

Una exposición crónica y continua a los estresores laborales, lleva a los profesionales que trabajan en contacto directo con las personas violentadas, a sufrir síndrome de desgaste emocional, es decir un vaciado de los recursos personales como: agotamiento emocional, ansiedad, tendencia a la irritabilidad y cierto abatimiento depresivo o psicológico ante un estresor ambiental.

González de Rivera (1991, citado en Ayuso, 2006, p.5) afirma que “Cuando la influencia del ambiente supera las situaciones en las que el organismo no responde con máxima eficiencia, este percibe la situación como amenazante, peligrosa o desagradable, desencadenando una reacción de lucha o huida, por lo tanto, obtiene una respuesta de estrés”.

### **1.03.04. Estrés post- traumático**

Valero, León, Giménez, Gestoso, Venegas, y Cerdeira, (2004) las principales características de este trastorno son los “flashback” o la reexperimentación, evitación y aumento de la activación, que se acompañan de intensas reacciones de ansiedad.

Es un trastorno de ansiedad que aparece tras haber vivido un acontecimiento vital estresante fuera del marco habitual de las experiencias humanas, por ejemplo: violación, asalto, violencia intrafamiliar, maltrato, secuestro, accidente automovilístico, terremotos, bombas, entre otras; siendo este un acontecimiento estresante e inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Esto hace la diferencia entre el estrés traumático secundario ya que es la persona quien vive y sufre este acontecimiento, mientras que, en el estrés traumático secundario, el profesional es quien lo padece debido a las narrativas de las personas traumatizadas.

#### **1.03.05. Estrés traumático secundario**

Existe diversidad de estudios que hablan sobre el estrés traumático secundario y que ha dado lugar a una variedad de términos relacionados que, a pesar de sus características, son muy similares entre sí; algunos de estos términos son: fatiga por compasión, victimización secundaria, traumatización vicaria, burnout o estrés traumático secundario en el que se hará referencia en la investigación. Tomando en consideración que las variedades de términos llevan a un mismo concepto puesto que el estrés traumático secundario se refiere al proceso de quedar afectado por el trauma de los propios clientes.

Baird y Kracen (2006, citado en Moreno y Garroza, 2013, cap.10, p.240) refieren que: “El estrés traumático secundario es el conjunto de síntomas psicológicos adquiridos por la exposición a personas que sufren los efectos del trauma”. Más tarde Figley (1995) menciona que el estrés traumático secundario provoca comportamientos que resultan como consecuencia de conocer personas significativas o pacientes que han experimentado un evento traumático y el estrés resultante de ayudar o el deseo de ayudar a una persona traumatizada.

El profesional de salud mental se encuentra expuesto por tener contacto directo con personas que han sufrido un evento traumático; el impacto ocasionado puede tener repercusiones físicas y cognitivas que ocasionan desgaste o desequilibrio emocional, al no tener medidas necesarias de autocuidado puede llegar a padecer un grado de estrés laboral.

Jenkins y Baird (2002, como se citó en Moreno y Garroza, 2013, cap.10, p.242) afirman síntomas y características asociadas al estrés traumático secundario lo cual definen que: “El estrés traumático secundario tiene su origen en el compromiso emocional del cuidador con el paciente. Este compromiso emocional puede afectar negativamente los servicios prestados por los cuidadores, quienes pueden compartir los factores de riesgo que dan lugar a los trastornos psicológicos”. Así mismo se ha evidenciado que los profesionales que trabajan con la victimización infantil son más vulnerables a padecerlo ya que este tipo de población es la más frágil de la sociedad lo que hace más factible empatizar con su sufrimiento y contagiarse emocionalmente.

### **1.03.06. Otras terminologías**

#### **1.03.06.01 Fatiga por compasión**

Moreno y Garroza, (2013, cap.10, p.240) definen la expresión “Fatiga por compasión es la traducción del inglés “compassion fatigue” que se refiere al cansancio acumulativo ante el dolor y el sufrimiento”. Joinson (1992) fue la primera experta que acuñó el término fatiga por compasión al estudiar el burnout en enfermeras de emergencias. Éstas se mostraban empáticas, cuidaban a sus pacientes y absorbían el estrés traumático de sus pacientes al proporcionarles su ayuda profesional.

Más tarde Figley (1995, citado en Moreno y Garroza, 2013, cap.10, p.240) describe “La fatiga por compasión como una respuesta al estrés que emerge de tratar con personas que necesitan ayuda y atención intensa, y que se sienten en un determinado, superadas y desbordadas por la acumulación sucesiva de casos y situaciones; lo que puede llevar a un sentimiento de fatiga y agotamiento en la propia capacidad de prestar ayuda, a un sentimiento de confusión de aislamiento en los cuidadores”. Más tarde Janoff-Bulman (1992) describe que, el profesional siente que ya no puede dar más de sí mismo al verse expuesto de forma continua a las manifestaciones emocionales de las personas, sin ser obligatoriedad que la misma esté traumatizada, llevando a un desgaste emocional progresivo o fatiga por compasión. A raíz de esto, el experto se siente sensible a los pensamientos y apreciaciones estresantes creadas por personas cuyo sentido de vida y de la seguridad ha sido gravemente dañado (Janoff-Bulman, 1992). De modo que el experto se va desgastando por la compasión o empatía que siente hacia su cliente y esto le conlleva sentimientos negativos en cuanto al trabajo que realiza. El ser empático ante situaciones estresantes puede ocasionar fatiga que a la vez está relacionada con el desequilibrio emocional. El profesional de la salud mental está propenso a padecer este tipo de manifestaciones debido a que diariamente entra en contacto con narraciones o vivencias traumáticas de los consultantes.

### **1.03.06.02. Burnout**

Herbert Freudenberg (1974, citado en Torres 2014, 2015, p.6) refiere que el burnout “Es un fenómeno de fatiga o frustración, siendo un desgaste no por exceso de trabajo sino por una pérdida de fe en lo que se está realizando como una “erosión del espíritu”. El fenómeno nace de la interacción con el propio trabajo, con el servicio y la alienación que se sufre de hacer las cosas

por inercia sin un sentido. No siendo necesaria la interacción con otras personas ya que el trauma no llega del sentimiento que despierta la narración del cliente”.

El síndrome de quemarse por el trabajo o burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, en especial hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en los clientes y hacia el propio rol profesional.

Claramunt, M.C (1999, citado en Duque y Gómez 2014, p.26) describe el desgaste profesional o síndrome de quemado (burnout) como “La reducción de la respuesta funcional del organismo a las demandas de la vida cotidiana, como consecuencia de usar toda nuestra energía, aún la reserva, sin conservar la necesaria para nosotros/ as mismos/as. Es una respuesta crónica a la tensión emocional constante y no la reacción a una crisis ocasional”.

Este estado se caracteriza por acabar con las reservas de energía del cuerpo, manifestándose en cansancio físico y emocional crónico, es por ello que el profesional de la salud mental empieza a desarrollar una serie de actitudes negativas hacia el trabajo y las personas que atiende.

Pross (2011, citado en Duque y Gómez, 2014, pp. 33-34) menciona “Esto significa que, en las luchas entre los propios colegas, se refleja la lucha de sus pacientes con los victimarios. Profesionales de ayuda terminan comportándose como victimarios y convierten en víctimas a otros colegas, sin reflexionar o corregir estas tendencias, inconscientemente reproducen el patrón patológico de sus pacientes”. Este tipo de causas es común en la dinámica de atención psicosocial a personas víctimas de violencia, donde se pueden ver reflejadas relaciones y conflictos en el equipo de trabajo y que son muy parecidas a las que ocurren entre la víctima y el

victimario, según sea el caso. Por tal motivo se maneja un clima laboral poco saludable y que en cierto punto es desgastante para el profesional o profesionales que diariamente atienden este tipo de casos.

### **1.03.07. Factores del estrés traumático secundario**

Existen varias causas que pueden afectar al personal que se dedica a los cuidados en el campo del trauma humano, o en general con el sufrimiento de las personas que han sido víctimas de maltrato, tales como: psicólogos (as), trabajadores (as) sociales, médicos, enfermeros, personal de rescate, etc. Este tipo de personas pueden verse afectados con mayor facilidad al estar expuestos a casos de violencia, la cifra puede aumentar cuando el personal también ha sido afectado por algún tipo de evento traumático y que lo pone en mayor riesgo de padecer estrés traumático secundario una vez no se tengan los métodos correctos de autocuidado necesarios. El principal factor del ETS es estar expuesto o en contacto con personas que han sufrido algún tipo de violencia, escuchar y sumergirse en las vivencias haciendo que se presente la fatiga por compasión, debido a la empatía que el profesional tiene con la persona afectada.

#### **1.03.07.01. Exposición continua y prolongada a hechos y relatos traumáticos**

Duque y Gómez (2014, p.31) exponen que “El trauma ajeno es ocuparse de una herida psicológica profunda que crea una conexión con nuestro ser, según el DSM- IV: es una experiencia de violencia, fuera de la norma, en la cual la integridad física y/o psíquica ha sido agredida, y donde se vive miedo de morir y/o impotencia total”.

Los profesionales de la salud mental que diariamente atienden casos de violencia pueden verse afectados por la traumatización secundaria que va de la mano con términos como lo es, el

trauma vicario o la fatiga por compasión, debido a que entran en contacto con los hechos violentos que el paciente haya vivido, puesto que la falta de medidas protectoras del profesional puede llegar a tener repercusiones y presentar una traumatización al igual que la víctima.

### **1.03.07.02. Contratransferencia**

Freud (s.f. citado en Rothschild, 2006, p.28) desde su teoría psicoanalítica explica que “El estado mental de los terapeutas es como una pantalla en blanco, de modo que el paciente pudiera proyectar o transferir al terapeuta todos los sentimientos relacionados a las experiencias pasadas”. Como es ya del conocimiento de los profesionales de la salud mental, es imposible mantener la mente en blanco y adoptar una postura completamente objetiva entre las emociones del cliente, incluso el psicólogo mejor entrenado y más experimentado es vulnerable a ser tocado o conmovido por sus clientes.

Freud (1910, citado en Rothschild, 2006, p.29) llegó a reconocer que los sentimientos reactivos de los analistas eran inevitables y acuñó un nuevo término en 1910: “Hemos observado la contratransferencia que se produce en el análisis como resultado de la influencia del paciente sobre sus sentimientos inconsciente, y nos inclinamos a insistir que él mismo debe reconocer esta contratransferencia en sí mismo y superarla”.

Las definiciones de contratransferencia llegan a ser variadas debido a que algunos creen que son reacciones que solo conllevan sentimientos inconscientes provocados en el terapeuta por el cliente; otros defienden que la contratransferencia incluye la totalidad de la reacción del terapeuta hacia el cliente. La contratransferencia en la relación terapéutica que puede incluir normalmente a dos personas: el terapeuta y el cliente.

### **1.03.08. Signos y síntomas del ETS**

Pearlman y McKay (s.f. citado en Torres 2014,2015, p.8) desarrollaron también los signos o características más frecuentes al sentir estrés traumático secundario como: dificultad para manejar las emociones, aceptarse o sentirse a gusto con uno mismo, tomar buenas decisiones. Así como también problemas para manejar los límites entre la misma persona y los demás, problemas en las relaciones como: dolores, enfermedades y accidentes. Dificultad para sentirse conectado con la realidad circundante, y pérdida del sentido de la vida y de la esperanza.

Pearlman y Mckay (2008, citado en Torres 2014, 2015, pp.8-9) explican “Es muy habitual que los profesionales experimenten cambios psicológicos y espirituales duraderos en el modo en que se perciben a sí mismos y al mundo. Aunque en su mayoría las secuelas del estrés traumático son negativas, este tipo de situaciones a menudo despiertan sentimientos de gratitud, así como una mayor comprensión de lo que valoran en su propia vida y por qué”.

Otros signos y síntomas que pueden desencadenarse son el agotamiento físico y mental, padecer de insomnio, aumento de peso ante la necesidad de consumir azúcar, resistencia al trabajo, bajo control de impulsos, dificultad para relacionarse, irritabilidad, sentirse desplazado (a), etc.

### **1.03.09. Autocuidado**

Por su parte Castro (2017 p.21) en su tesis de licenciatura expone que “Según Uribe, T.M. (1999) el cuidado es una función inherente del ser humano, para su supervivencia y la de los grupos, por lo tanto, se relaciona con la promoción de salud y desarrollo de la calidad de vida, determinada por factores culturales que constituyen el comportamiento humano. La práctica de

autocuidado se considera como una línea que posibilita el crecimiento en todas las habilidades de los seres humanos”. Es una función que todas las personas deben de llevar a cabo para mantener su salud y bienestar, principalmente si se trabaja en casos de maltrato y se tiene un contacto directo con los afectados.

Así mismo Castro (2017, p.22) en su tesis refiere que “Arón, A.M. y Llanos, M.T. (2004) plantean que para pensar el concepto de autocuidado, previamente deben considerarse profesionales que brindan ayuda y que por trabajar temáticas complejas como es la violencia, reconocerse como equipos de riesgo que necesitan de estrategias de autocuidado para disminuir la incidencia de su abordaje, mirándose ellos mismos como una herramienta fundamental para su trabajo y donde tengan las condiciones necesarias para realizar su tarea (p.6) ”.

El autocuidado juega un papel importante en el rol del psicólogo (a) o trabajador (a) social y todo aquel personal que se dedique a la atención primaria, debido a la fuerte carga de factores estresantes que le ocasionan “quemado” por no tener las medidas necesarias de prevención dentro y fuera del espacio de atención. El autocuidado de los profesionales de la salud mental inicia desde el amor propio que se tenga, tanto para tomar las medidas necesarias y velar por su bienestar.

Así mismo, Yañez, (2005, citado en Betta, Morales, Rodríguez, Guerra, 2007, p.12) El autocuidado puede definirse como las competencias del psicoterapeuta para promover su salud mental, su bienestar emocional y su calidad de vida, y para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas a su ejercicio profesional.

Por lo descrito anteriormente los autores hacen énfasis en la importancia que tiene el valor del terapeuta como ser humano, siendo una herramienta fundamental su autocuidado, como

protección al estar expuestos a escuchar narrativas de los pacientes y que les puedan afectar en el desempeño laboral, padeciendo cansancio físico y cognitivo.

### **1.03.10. Factores protectores intrínsecos**

#### **1.03.10.01. Resiliencia**

En su definición, Vanistendael (2000, citado en Barudy y Dantagnan, 2005, p.56) afirma que: “La resiliencia es la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de un estrés o de una adversidad que implican normalmente un grave riesgo de resultados negativos”. Este autor pone en énfasis la capacidad de mantener un equilibrio frente a situaciones de estrés, así como una adaptabilidad adecuada soportando mejor las adversidades. Los profesionales de la salud mental son los que, en su mayoría desarrollan esta capacidad, ante todo para reponerse de traumas que viven o a los que se ven expuestos a través de ver y escuchar. Desarrollar esta habilidad se ha convertido en tarea complicada para los profesionales, lo relacionan a crear una barrera protectora de sus emociones y no verse afectado por heridas de sus pacientes.

Kreisler (1996, citado en Barudy y Dantagnan, p.56) se refiere a la resiliencia como “La capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación”. Este autor pone los recursos personales como el elemento fundamental de la resiliencia. Muchos autores emergen en el tema de la resiliencia, pero es en el campo donde verdaderamente se hacen un exhaustivo análisis de la capacidad que tienen de reponerse ante eventos que les crean conflictos emocionales, de los cuales existe la dificultad de retomar las actividades que realiza comúnmente el ser humano y que puede afectar el entorno social. La resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien para

seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. Estos autores manifiestan que el ser humano es resiliente al tener la capacidad de sobreponerse a circunstancias de adversidad en su existencia a pesar de lo que estas conllevan.

#### **1.03.10.02. Inteligencia emocional**

Según Salovey y Mayer (1990, citado en Berrocal y Pacheco, 2005, p.68) definen la inteligencia emocional como un tipo de inteligencia social, que engloba la habilidad de controlar sus propias emociones y las de los demás, así como de discriminar entre ellas y utilizar la información que les proporcionan para guiar su pensamiento y nuestras acciones. En otras palabras, se refiere a la capacidad de una persona para comprender sus propias emociones y las de los demás, expresándose de forma que resulten beneficiosas para sí mismo y la cultura a la que pertenece. Para estos autores es de suma importancia utilizar la expresión verbal y no verbal como una solución a los problemas, siempre y cuando exista un equilibrio entre ellas, utilizando un contenido emocional correcto que tenga base en el autocontrol, para enviar una respuesta que no ofenda y que vaya de la mano con sus sentimientos.

Para tener un correcto autocontrol es indispensable conocerse a sí mismo, conocer sus emociones y hacer buen uso de ellas; reconocer sus sentimientos le permite mayor control sobre su vida y el trato que da a los demás. El manejo de las emociones también se basa en la capacidad de manejarlas adecuadamente, evitando prolongar emociones que causen daño propio y a quienes están a su alrededor, como la irritabilidad, enojo, ansiedad, ira, frustración, tristeza y desesperanza.

La automotivación juega un papel importante en el campo laboral de los profesionales de la salud mental, debido a que se fundamentan en una estrategia de autocuidado que les permite tener control de las emociones, así como reconocer las emociones de los demás, ser empáticos y sintonizar con los deseos y las necesidades de las personas que buscan apoyo psicológico.

### **1.03.11. Factores protectores extrínsecos**

#### **1.03.11.01. Psicoterapia para profesionales de la salud mental**

Según Bouza (2014, p.13) “El autocuidado es crucial para mantener el bienestar personal y profesional en todos sus aspectos: físico, mental, emocional, espiritual y estético (producir belleza deliberadamente). Proporciona equilibrio y clausura”. Es renovador y da una mayor presencia en las relaciones personales y profesionales; algunos profesionales suelen recomendar la terapia individual. Tienen implicaciones éticas: si no existe cuidado, corren el riesgo de dañar a otros. El cuidado de los cuidadores es una prioridad en la asistencia sanitaria y campos relacionados”.

El trabajo de atención directa a los grupos humanos conlleva una tensión añadida específica, creando problemas psicoemocionales a quienes las ejercen. El propio ejercicio de la profesión puede constituir un camino hacia su destrucción personal, afectando negativamente al rendimiento y a la asistencia que se ofrece y haciendo necesaria la adopción de medidas. El espacio terapéutico es también para los profesionales que están expuestos a situaciones traumáticas y que necesitan encontrarse con ellos mismo para evitar verse afectados por traumas secundarios.

### **1.03.11.02. Grupos de apoyo entre profesionales**

Figley (1889, citado en Moreno y Garroza, 2013, cap.10, p.225) estudió a familias en que uno de sus miembros había quedado traumatizado por algún evento y se interesó por saber qué cualidades comunes tenían aquellas que eran más efectivas a la hora de asistir a miembros traumatizados. La experiencia del trauma secundario puede llegar a afectar al profesional que no cuenta con técnicas de autocuidado, al desarrollar factores de influencia por la creación de grupos de apoyo entre profesionales, les brinda estrategias de intervención al trauma secundario; estar en constante comunicación con otros profesionales puede ser un método catártico ante eventos traumáticos a los que se han visto expuestos los profesionales. Teniendo una forma de minimizar el impacto que les causa una narrativa de un evento traumático y contar con otros profesionales que le puedan escuchar y apoyar.

Catherall (1999, citado en Moreno y Garroza, 2013, cap.10, pp.255-256) concluyó que “Las mismas cualidades podían ser manifestadas por el grupo de compañeros, pues son una fuente de recursos instrumentales y emocionales que ayudan a clarificar los insight del profesional con estrés traumático secundario a través de la escucha y aceptación de los sentimientos experimentados por el profesional”.

### **1.03.11.03. Prevención a nivel organizacional**

Najjar, Davis, Beck-Coon (1995, citado en Moreno y Garroza, 2013, cap.10, p.256) explica que “El compromiso de la organización en la intervención con ETS es un elemento fundamental, la necesidad de los profesionales de recibir intervenciones para el ETS podrá ser vista como normal, más que como un déficit o debilidad de los profesionales”.

La construcción de un clima laboral adecuado tiene como consideración el tipo de actitudes y aptitudes en el relacionamiento entre el equipo multidisciplinario a cargo. El trabajo con personas que han sido víctimas de violencia tiende a ser más riguroso y desgastante para el profesional que atiende este tipo de casos. La institución podrá respetar la manera personal de cada profesional para recuperarse del estrés, así mismo reconocer la normalidad de los pensamientos y sentimientos experimentados por los profesionales; considerando al profesional un agente activo que desempeña su labor con buen autocontrol.

Beaton y Murphy (1995, citado en Moreno y Garroza, 2013, cap.10, p.256) explican que “La variable como el conflicto de rol y la cultura organizacional pueden potenciar la experiencia de estrés traumático secundario y por ello poner en marcha acciones para reconocer, informar e integrar bien la experiencia. Una continua psicoeducación sobre el tema, diversificar el trabajo y las tareas, el reparto adecuado de las vacaciones y los descansos, proporcionar espacios de encuentros entre compañeros”.

#### **1.03.12. Consideraciones éticas**

La participación de la muestra dentro de la investigación como sujetos de estudio, fue de forma libre basándose en los aspectos del Código de Ética Médica de Nuremberg 1947. Se contó con un espacio adecuado dentro de la institución donde se les explicó detalladamente los términos y condiciones del proyecto, de manera que los colaboradores comprendieron el objetivo del trabajo, se les explicó que la información que se obtuvo mediante la entrevista, la escala de estrés traumático secundario y de autocuidado, fueron totalmente anónimos y solamente utilizados por el equipo de investigación que garantizó su confidencialidad, se evaluaron los riesgos que presentaba para ellos el participar del estudio y se les dio la total libertad de decisión.

Se les brindó información sobre el diseño del estudio, sus objetivos y de cómo se dieron a conocer los resultados del mismo, se aseguró el cumplimiento de las normativas nacionales sobre aspectos éticos en investigación. El consentimiento informado se dio a conocer a los nueve participantes durante los días asignados para el trabajo de campo en horario laboral, dentro de las instalaciones de CONACMI en la ciudad de Guatemala. Se trasladó la información de manera verbal dando lectura al documento de forma simultánea, se brindó un espacio para resolver dudas y estando de acuerdo cada uno de los presentes, firmaron voluntariamente.

## Capítulo II

### 2. Técnicas e instrumentos

#### 2.01. Enfoque y modelo de investigación

Este estudio fue fundamentado mediante la implementación del diseño de investigación cuantitativa; se incluyeron técnicas e instrumentos que sirvieron para la recolección de datos medibles por medio de escalas, tuvo una visión de la realidad social y laboral. Así mismo, se analizaron aquellos fenómenos observables, que son susceptibles de medición, se realizó análisis matemático y descriptivo para realizar las inferencias de toda la información.

#### 2.02. Técnicas

##### 2.02.01. Técnica de muestreo

La investigación se realizó en la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil CONACMI, ubicada en la zona 1 de la ciudad de Guatemala. Esta institución atiende a niños, niñas y/o adolescentes víctimas de maltrato, procedentes de distintas zonas del país y que en su mayoría pertenecen a familias con bajos recursos económicos. La muestra que participó en la investigación estuvo conformada por 9 profesionales de la salud mental entre ellos psicólogos/as y trabajadoras sociales, hombres y mujeres que laboran en la asociación dando atención psicosocial a los NNA. La muestra de profesionales se tomó de forma no aleatoria debido al contacto que tiene con la población que atienden, los sujetos fueron seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad, siendo una muestra representativa, excluyendo al personal administrativo que, a pesar de tener contacto con los NNA, este es distante y no tiene el mismo impacto que el del profesional que está escuchando la narrativa del trauma.

## **2.02.02. Técnicas de recolección de datos**

### **2.02.02.01. Observación**

Para la ejecución de la investigación se seleccionó a 9 profesionales de la salud mental psicólogos (as) y trabajadores sociales (as) que laboran en CONACMI. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de observación que tuvo como objetivo focalizar la atención sobre las acciones de los participantes, lo que permitió un registro sistemático, válido y confiable mediante una ficha de observación que tuvo como finalidad registrar el comportamiento y situaciones observables.

### **2.02.02.02. Entrevista individual semiestructurada**

Se obtuvieron datos a través de una entrevista con preguntas abiertas, directamente de los/las participantes lo cual tuvo como objetivo establecer una relación directa-indirecta alternando preguntas entre el investigador y los profesionales que participaron en el estudio; permitió al investigador profundizar en aspectos importantes que tuvieron mayor relevancia en el estudio, obteniendo información clara, precisa y más detallada acerca del contexto laboral, visto desde lo personal e institucional; se tomó en cuenta la importancia del primer acercamiento con la muestra, lo cual evitó el sesgo y variación de la información. La técnica fue dirigida por el investigador y posibilitó el contacto directo con los participantes.

### **2.02.02.03. Técnicas de análisis de datos**

Desde el enfoque cuantitativo se utilizó la estadística descriptiva, se tabularon los datos recolectados de forma ordenada, se caracterizaron las variables, la información y se tomaron medidas para resguardar los datos obtenidos de manera escrita. Se utilizaron gráficas para representar con claridad el análisis de la información recabada. Así mismo la participación del investigador contribuyó a la validez y confiabilidad de la investigación.

## **2.03. Instrumentos**

### **2.03.01. Ficha de registro de observación**

Para documentar la información se utilizó una ficha de registro de observación por cada participante de la investigación. Este instrumento tuvo como objetivo la documentación y registro de aspectos observables por los investigadores durante las visitas de campo, tomó aspectos relevantes como el desenvolvimiento del profesional a nivel personal y laboral durante el horario de trabajo.

### **2.03.02. Escalas**

Se utilizaron dos escalas; la escala de estrés traumático secundario y la escala de conductas de autocuidado, ambos instrumentos se utilizaron para medir la frecuencia con que se da una característica, rasgo o conducta; los instrumentos tuvieron consigo una serie de ítems y un conjunto de categorías que presentaron el nivel de variación del estrés traumático que sufren los profesionales de la salud mental al verse expuestos en la atención de casos de violencia; con ayuda de la escala de estrés traumático secundario (ETS) que consta de 5 apartados y 17 ítems, se complementó el diagnóstico de antecedentes de la información y tuvo como finalidad evaluar la gravedad del cuadro clínico de los profesionales. Así mismo la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos (EAP) permitió evaluar en 5 apartados y 10 ítems, basándose en preguntas laborales y extralaborales teniendo como fin evaluar las prácticas de autocuidado que tienen dentro y fuera de la organización.

### **2.03.03. Protocolo de escala de estrés traumático secundario**

A partir de la construcción de un marco teórico referencial, basado en la revisión bibliográfica y las entrevistas realizadas a los profesionales, se aplicó una escala de estrés traumático secundario que tuvo como finalidad medir una serie de frecuencias, acompañadas de un análisis interpretativo de la información. El instrumento aplicado constó de 5 apartados siendo: 1=nunca, 2=raramente, 3=ocasionalmente, 4=con frecuencia, 5=con mucha frecuencia, basada en el diagnóstico de antecedentes que evaluó la gravedad del cuadro clínico de estrés de los profesionales de la muestra. La escala hizo una medición que mostró los índices de afectación que presentaron los profesionales y que los coloca en rangos de vulnerabilidad de estrés traumático secundario.

### **2.03.04. Protocolo de escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínico (EAP)**

La escala constó de 5 apartados de frecuencia siendo 0=nunca, 1=casi nunca, 2=ocasionalmente, 3=frecuentemente, 4=muy frecuente y 10 ítems con preguntas basadas a sus actividades laborales y extralaborales que tuvieron como finalidad evaluar a la muestra, lo que permitió identificar la frecuencia de aplicación de prácticas de autocuidado dentro y fuera del horario de trabajo. Los resultados mostraron una visión medial que, a mayor vulnerabilidad de riesgo de estrés traumático, menores son las prácticas de autocuidado que tienen los profesionales que atienden casos de violencia y que tienden a posicionarse en los índices medios de la escala, por lo tanto, verse expuestos a presentar un grado de afectación traumática por contar con algunas prácticas de autocuidado dentro de sus actividades diarias.

#### 2.04. Operacionalización de objetivos, categorías/ variables

Objetivos	Definición conceptual categoría/variable	Definición operacional categoría/variable	Técnicas/ instrumentos
<p>Las consecuencias de trabajar en ambientes de vulnerabilidad y maltrato llegarán a influir al momento de la intervención terapéutica.</p>	<p>Trauma:</p> <p>Es considerado una experiencia que pone a prueba la integridad de las personas y que suele estar asociada a acontecimientos inesperados e incontrolables que, producen emociones extremas, confusión, ambivalencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trauma vicario</li> <li>● Exposición continua y prolongada a hechos traumáticos.</li> <li>● Contratrtransferencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Observación participativa</li> <li>● Revisión bibliográfica</li> <li>Entrevistas a profesionales que brindan atención psicosocial.</li> </ul>
<p>Los signos y síntomas del estrés traumático secundario que se desarrolla en los profesionales de la salud mental que atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato.</p>	<p>El estrés traumático secundario:</p> <p>Es el conjunto de síntomas psicológicos adquiridos por la exposición a personas que sufren los efectos del trauma. El estrés traumático secundario provoca comportamientos que resultan como consecuencia de conocer personas significativas o pacientes que han experimentado un evento traumático y el estrés resultante de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estrés post-traumático</li> <li>● Fatiga por compasión</li> <li>● Burnout</li> <li>● Signos y síntomas</li> <li>● Cambio conductual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Escala de ETS</li> <li>● Observación participativa</li> <li>● Entrevista a profesionales</li> </ul>

	ayudar o el deseo de ayudar a una persona traumatizada.		
Analizar las prácticas de autocuidado personales o profesionales que utilizan para reducir el riesgo o desgaste.	<p><b>Autocuidado:</b></p> <p>Es una función inherente del ser humano, para su supervivencia y la de los grupos, por lo tanto, se relaciona con la promoción de salud y desarrollo de la calidad de vida, determinada por factores culturales que constituyen el comportamiento humano. La práctica de autocuidado es considerada como una línea que posibilita el crecimiento en todas las habilidades de los seres humanos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Resiliencia</li> <li>● Inteligencia emocional</li> <li>● Psicoterapia para profesionales de la salud mental.</li> <li>● Grupos de apoyo entre profesionales.</li> <li>● Prevención a nivel organizacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Escala de autocuidado (EAP)</li> <li>● Entrevistas a profesionales que brindan atención psicosocial.</li> <li>● Revisión bibliográfica.</li> </ul>

## Capítulo III

### 3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

#### 3.01. Características del lugar y de la muestra

##### 3.01.01. Características del lugar

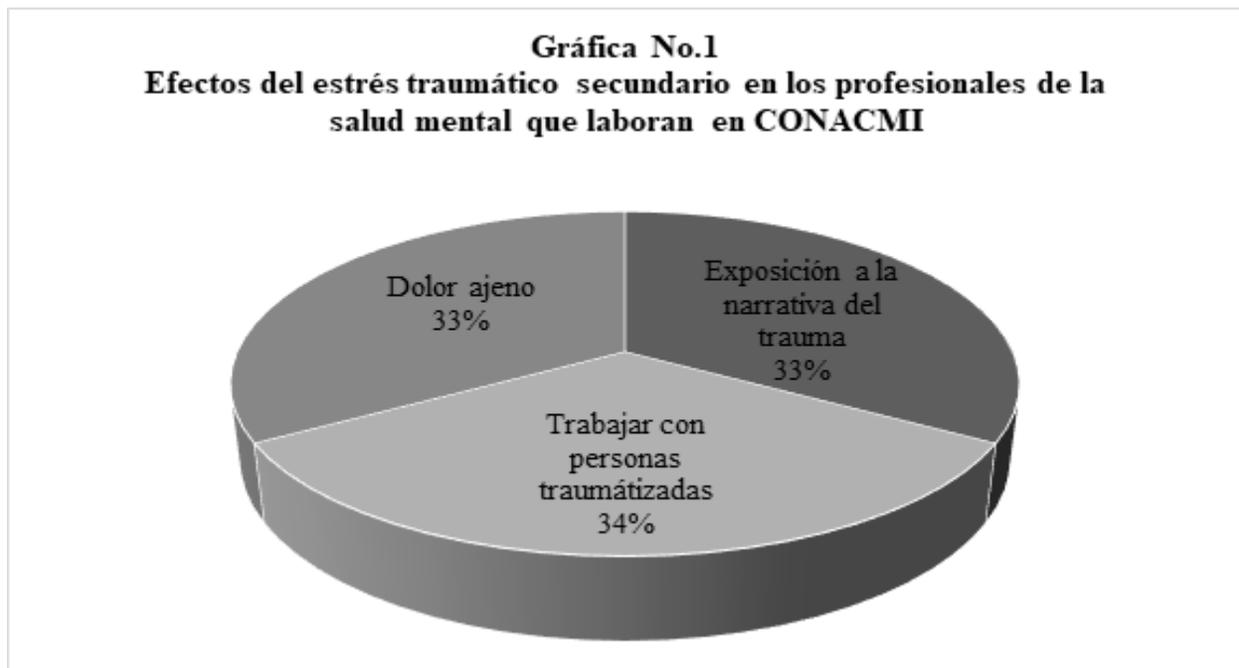
La asociación nacional contra el maltrato infantil – CONACMI, se encuentra ubicada en 2<sup>a</sup>. Avenida 5-45, zona 1. Ciudad de Guatemala. Es una organización no gubernamental creada en 1,994 en respuesta a los casos de maltrato y abuso sexual. La institución trabaja con casos de niñez y adolescencia a quienes les han sido vulnerados sus derechos, basados en los principios de protección integral de la niñez y adolescencia que en su mayoría provienen de familias con bajos recursos económicos. La institución cuenta con espacios de atención psicosocial adaptadas a la metodología utilizada.

##### 3.01.02. Características de la muestra

El criterio para seleccionar a los sujetos de la investigación consistió en seleccionar al personal quienes tienen contacto directo con la población de niñez y adolescencia víctimas del maltrato. La muestra que participó en la investigación se conformó por 2 psicólogos, 5 psicólogas y 2 trabajadoras sociales, estado civil de la mayoría solteros/as y una persona casada y con hijos, comprendidos entre las edades de 25 a 35 años, pertenecientes a la etnia ladina, del estrato económico medio, laboran en la institución de lunes a viernes en horario de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

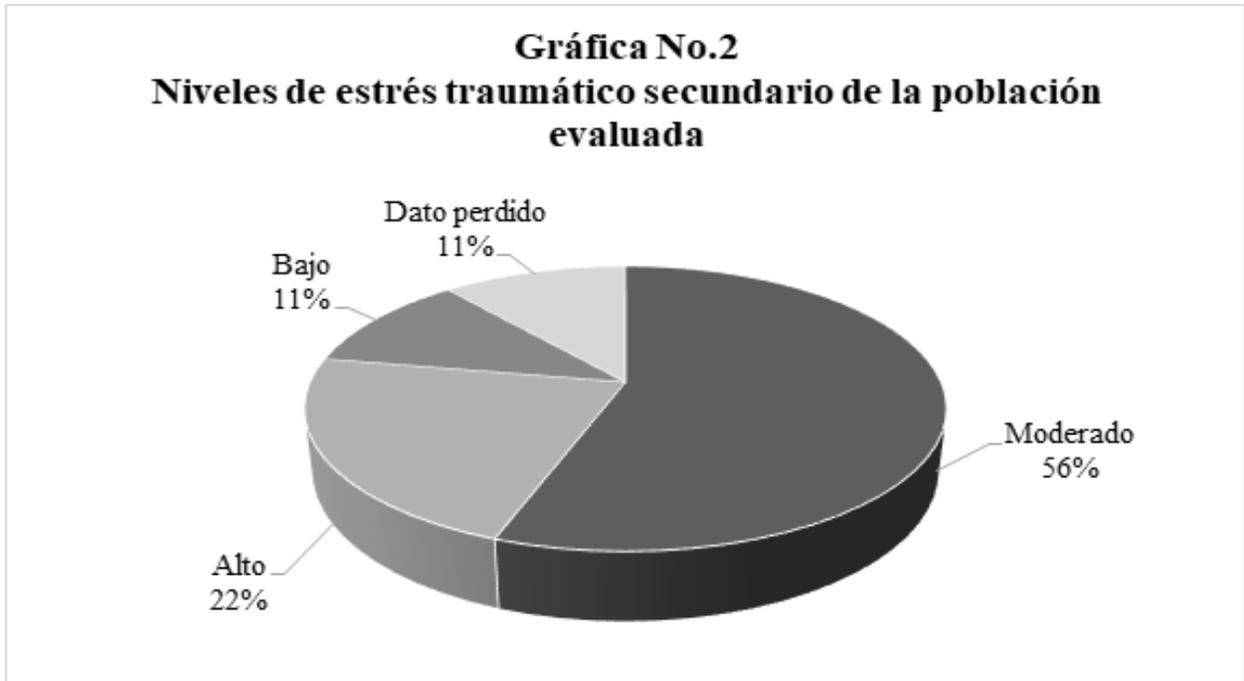
### 3.02. Presentación e interpretación de resultados

A continuación, se detallan los resultados obtenidos de la guía de entrevista abierta, ficha de registro de observación, escala de autocuidado y escala de estrés traumático secundario realizado por los profesionales de la salud mental. Los resultados son representados por medio de las siguientes gráficas y análisis.



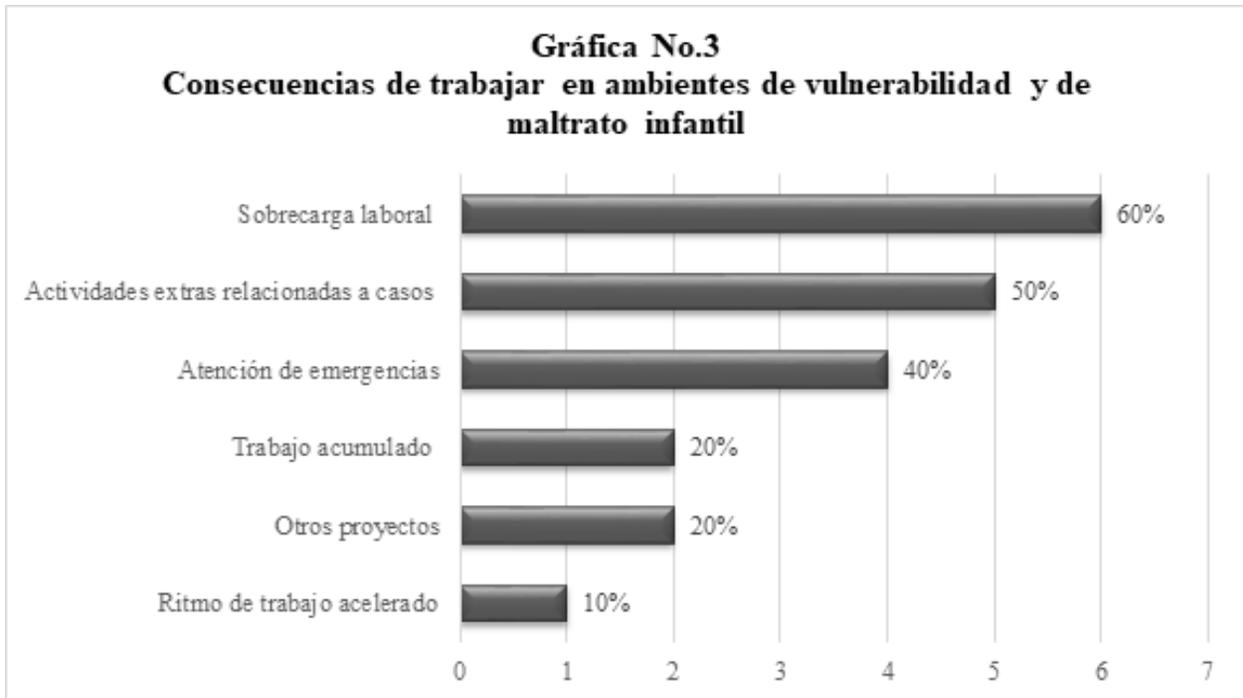
**Fuente:** Resultados obtenidos de la guía de entrevista abierta aplicada a los psicólogos (as) y trabajadoras sociales de la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil- CONACMI, durante octubre de 2,020. Elaboración propia.

Los efectos del estrés traumático que se detectaron, evidencian las principales causas por las que los profesionales de la salud mental son expuestos, derivado al tipo de población atendida con índices de maltrato infantil, posicionándose en el perfil profesional con mayor vulnerabilidad de padecimiento. En algunos casos el impacto puede ser mayor, por el grado empático que se tiene con niños, niñas y adolescentes a quienes les han sido vulnerados sus derechos y por lo impactante que puede llegar a ser para el profesional, escuchar la narrativa de uno o varios eventos traumáticos de manera constante.



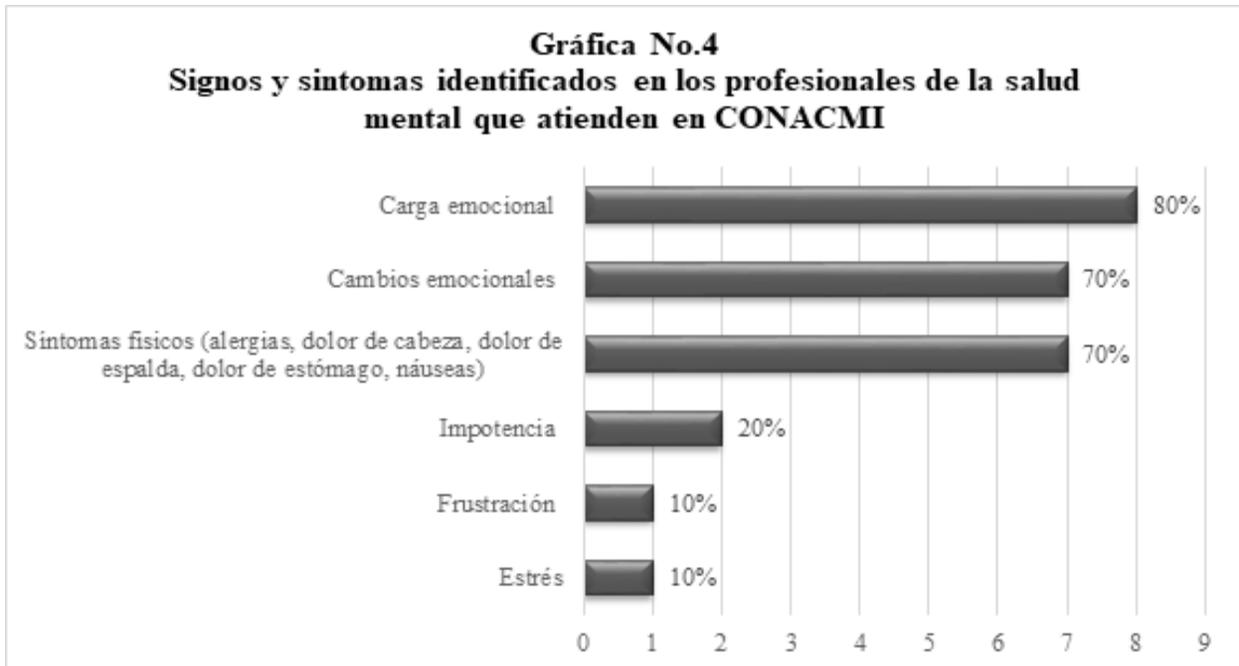
**Fuente:** Resultados obtenidos de la escala de medición titulada “Estrés traumático secundario” y de la ficha de registro de observación, aplicada a los psicólogos (as) y trabajadoras sociales de la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil-CONACMI, durante octubre de 2,020.

En la gráfica anterior se observan los niveles de afectación que tienen los profesionales debido al trabajo que desempeñan con pacientes que han sido víctimas de maltrato infantil, lo que indica que es una población vulnerable de padecer estrés traumático secundario, ya que algunos no cuentan con medidas de autocuidado adecuadas, es importante tomar en cuenta que existe alto riesgo con los profesionales que atienden a personas con mayor vulnerabilidad de violencia y que están en situación de calle. Un dato importante es del grupo de profesionales que se encuentran en nivel moderado de padecimiento, ya que son los más propensos a pasar a un nivel alto de afectación.



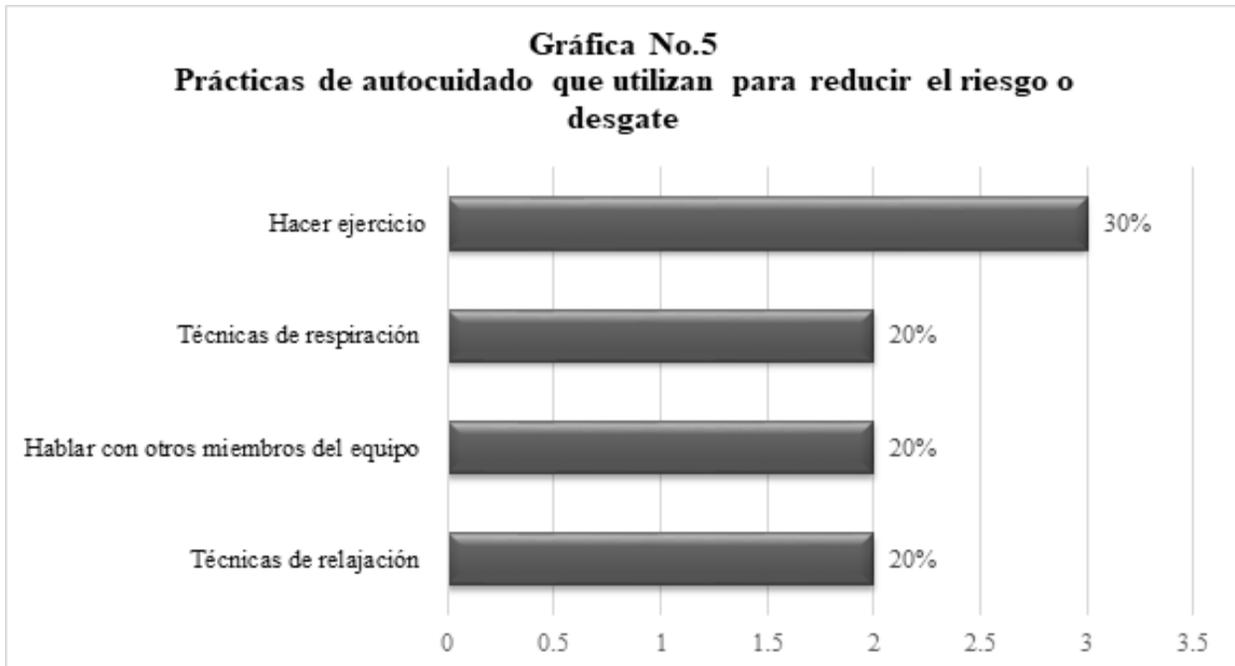
**Fuente:** Resultados obtenidos de la guía de entrevista abierta aplicada a los psicólogos (as) y trabajadoras sociales de la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil- CONACMI, durante octubre de 2,020. Elaboración propia.

Las consecuencias de trabajar en ambientes de vulnerabilidad y maltrato infantil son demandantes en la institución lo que implica que los profesionales estén sobrecargados, ocasionando desgaste físico y mental evidenciándose a través de signos y síntomas que afectan su vida personal y actividades diarias, perjudicando indirectamente en el servicio de atención terapéutica. Tienen dificultad para organizar su tiempo e involucrarse en otras actividades que requiera la institución, afectando el cronograma de sus funciones, lo que conlleva dejar de atender sus tareas programadas para poder priorizar en otras.



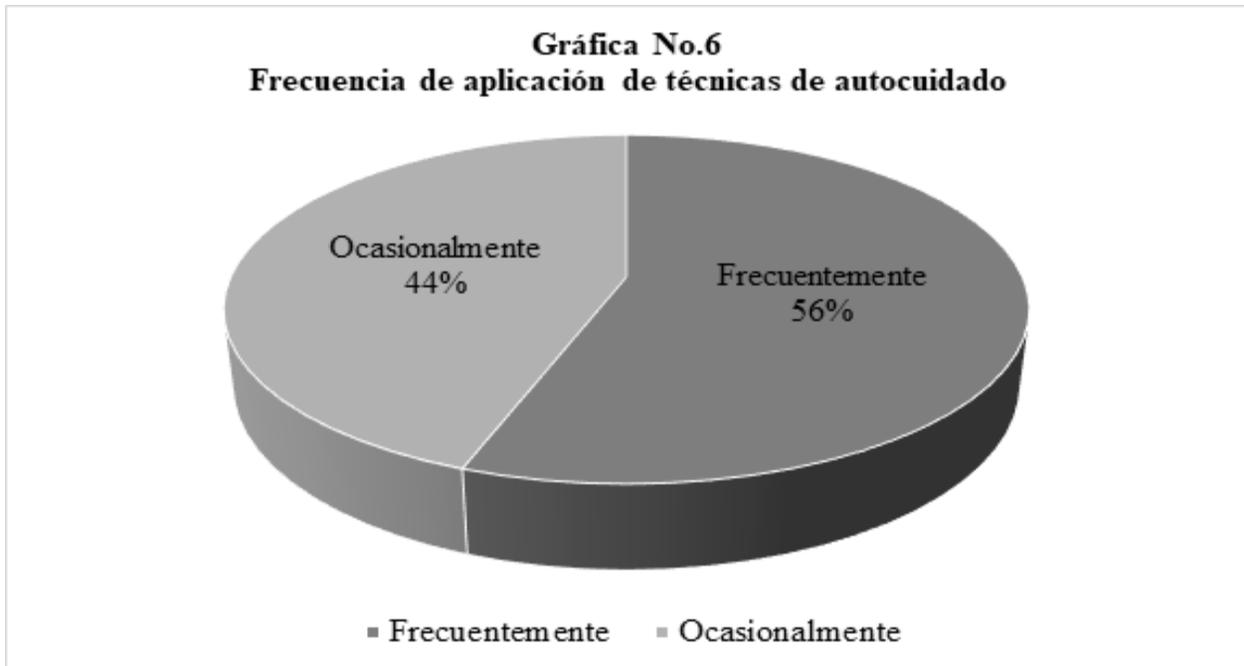
**Fuente:** Resultados obtenidos de la guía de entrevista abierta aplicada a los psicólogos (as) y trabajadoras sociales de la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil- CONACMI, durante octubre de 2,020. Elaboración propia.

Según la población consultada algunos integrantes del equipo han experimentado más de una reacción física, así como también en ocasiones sienten incapacidad y frustración por casos que representan mayor atención especialmente en procesos legales. Se interpreta por medio de esta información que los profesionales de la salud mental se ven expuestos a padecer este tipo de síntomas y les perjudican en la realización de sus actividades laborales.



**Fuente:** Resultados obtenidos de la guía de entrevista abierta aplicada a los psicólogos (as) y trabajadoras sociales de la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil- CONACMI, durante octubre de 2,020. Elaboración propia.

Mediante el análisis de los resultados obtenidos, se evidencia que los profesionales de la salud mental que laboran en CONCAMI, no cuentan con suficientes herramientas de autocuidado que les permita reducir el riesgo de padecer estrés traumático secundario. La mayoría de evaluados, utilizan técnicas básicas y rápidas que aplican la mayor parte del tiempo fuera del horario laboral debido al poco tiempo libre con el que cuentan. Es claro, que tener una agenda apretada hace que los profesionales se sobrecarguen con actividades relacionadas a casos y que no les permita llevar a cabo una rutina de prácticas de autocuidado adecuada, para disminuir los niveles de estrés.



**Fuente:** Resultados obtenidos de la escala de medición titulada “Escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos” y de la ficha de registro de observación, aplicada a los psicólogos (as) y trabajadoras sociales de la Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil – CONACMI de 2,020.

La frecuencia con la que los profesionales llevan a cabo prácticas de autocuidado los posiciona en ser un grupo vulnerable de padecer estrés traumático secundario, debido a que más de la mitad con regularidad realizan ejercicios de relajación, ejercicio físico y otros métodos, fuera del espacio laboral y que les han sido funcionales pero es considerable que aún se deba reforzar la utilización de dichas prácticas dentro de las actividades laborales para minimizar el impacto de afectación y deba requerir otro tipo de intervención.

### 3.03. Análisis general

El estrés traumático secundario en Guatemala ha sido uno de los temas poco tratados en cuanto a los cuidados del profesional de ayuda y que afecta de manera directa a personal que entra en contacto con población víctima de maltrato, en este caso niñez y adolescencia. Existen algunas investigaciones a nivel internacional, enfatizando el país de Chile como el principal elemento de aportes investigativos. En Guatemala se conoce muy poco sobre los avances de estrés traumático secundario, reconociendo que afecta a personal de salud dentro de los diversos niveles de atención. Tomando en consideración que cada vez son más las instituciones que se unen a la erradicación de la violencia en niñez y adolescencia, por lo tanto, más profesionales de la salud mental se emergen en el apoyo psicosocial, viéndose vulnerables por el impacto que causa el trauma de la otra persona. Según Figley “el estrés traumático secundario provoca comportamientos que resultan como consecuencia de conocer personas significativas o pacientes que han experimentado un evento traumático y el estrés resultante de ayudar o el deseo de ayudar a una persona traumatizada”.

La Asociación Nacional Contra el Maltrato Infantil - CONACMI, es una de las diversas instituciones que cuenta con profesionales de la salud mental que se dedican a la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y que con anterioridad no se había realizado una investigación que permitirá analizar las prácticas de autocuidado y los niveles de afectación de estrés traumático secundario en el personal a cargo, lo cual permitió recabar información para su respectivo análisis.

Se evaluó a siete psicólogos (as) y dos trabajadoras sociales que laboran en dicha institución y que atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por medio de

diversas técnicas entre las que cabe mencionar: Guía de entrevista abierta, ficha de registro de observación, escala de estrés traumático secundario (EETS) y escala de conductas de autocuidado (EAP) los cuales permitieron tener un contacto directo con la población evaluada.

Algunas limitaciones que se tuvieron durante el trabajo de campo fueron “el poco tiempo que la institución brindó para pasar los instrumentos de evaluación, lo que llevó a formar tres grupos en total, evaluados en distintos días debido al horario de actividades programadas por parte de ellos.

Otra limitación fue que el personal se encontraba en otras actividades fuera de lo agendado, lo que impidió que los evaluados tomaran el tiempo prudencial para responder los instrumentos ocasionando no analizar las preguntas y respondiendo con prisa al verse afectados con su cronograma de actividades.

Al realizar la presente investigación el mayor obstáculo fue que los profesionales respondieron con recato la escala de estrés traumático secundario, debido a que poseen algunos conocimientos de la temática, ocasionando mecanismos de defensa por no verse expuestos a los resultados obtenidos.

Se puede decir que, tanto psicólogos (as) como trabajadoras sociales que dan atención a niños, niñas y/o adolescentes víctimas de maltrato se ven afectados por estrés traumático secundario, tienen una puntuación de frecuencia en la STSS dentro del rango de la categoría “moderada” según las normas de Bride (2007). Sin embargo, cabe resaltar que los que tienen a cargo el proyecto de calle son quienes están más vulnerables a padecer este tipo de diagnóstico debido a estar en la categoría “alta” como resultado.

En comparación a los resultados obtenidos en las escalas, se comprobó que el 56% de los evaluados que se encuentra en el nivel moderado de estrés traumático secundario utiliza frecuentemente técnicas de autocuidado, considerando que a mayor desgaste laboral menor es la frecuencia con la que realiza prácticas de autocuidado, mientras que el 44% lo practican ocasionalmente. Esto no quiere decir que la muestra se encuentre exenta a padecer el trauma secundario, sino que se ven afectados en menor grado.

Dentro de los resultados obtenidos también se encontró que las prácticas de autocuidado que utilizan dentro de la institución son escasas, entre ellas hablar con compañeros, realizar ciertas actividades en duplas, en algunas ocasiones expresar su sentir con otros miembros del equipo. Luego de recabar la información a través de la entrevista se determinó que recientemente se implementaron dos talleres de autocuidado por medio de recursos humanos sin embargo no se ha obtenido mayores resultados debido a la carga laboral que existe.

## Capítulo IV

### 4. Conclusiones y recomendaciones

#### 4.01. Conclusiones

- Las principales consecuencias de trabajar en ambientes de vulnerabilidad y de maltrato infantil, en psicólogos (as) y trabajadoras sociales son: dificultad de concentración y conciliar el sueño, enojarse con facilidad, sentirse nervioso (a), sobresaltado (a) y ansioso (a). Debido a la empatía al tener contacto directo con niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil algún trauma vivido por el profesional y traumas no resueltos a lo largo de su vida, afectando de manera variable según la gravedad del caso.
- Al analizar la información obtenida en la investigación se determinó que las consecuencias de trabajar con población víctimas de violencia afecta a los profesionales de manera directa debido a la cantidad de casos asignados, brindar atención psicológica y social de manera continua, ocasionan cambios emocionales, desgaste físico y mental, en los profesionales a cargo de las intervenciones.
- El resultado obtenido en esta investigación permite concluir que los signos y síntomas en los trabajadores evaluados y de mayor incidencia son: carga emocional por los casos atendidos, cambios emocionales ante una narrativa, así mismo algunos integrantes del equipo han experimentado más de una reacción física como dolor de cabeza, espalda, estómago, náuseas y alergias además impotencia y frustración por casos que representan mayor atención, especialmente en procesos legales.

- Los profesionales entrevistados reconocen que sus diversas actividades dentro de la institución implican carga laboral, el tiempo es limitado y por lo tanto no cuentan con un programa de autocuidado demostrando según los resultados obtenidos que sí existe una asociación negativa que a mayor desgaste laboral menor es la frecuencia de prácticas de autocuidado que tienen los psicólogos (as) y trabajadoras sociales dentro de la institución.

#### **4.02. Recomendaciones**

- Psicólogos (as) y trabajadoras sociales son herramienta fundamental para la promoción de la salud mental, por lo tanto, se recomienda que tengan constantes prácticas de autocuidado, técnicas de relajación como: respiración diafragmática, meditación, yoga, Mindfulness, así como psicoterapia para profesionales, participación en grupos de apoyo y delimitar el trabajo de la vida personal como método de prevención del estrés traumático secundario.
- Se sugiere que la coordinadora del proyecto de atención psicosocial distribuya de manera equitativa el trabajo individual que realizan los profesionales, según la gravedad y situación de los casos referidos, con el propósito de fomentar la salud mental, favorecer un entorno seguro que permita minimizar la carga emocional y los niveles de estrés traumático secundario, además que se tome un espacio entre cada intervención, para equilibrar sus emociones y obtener resultados positivos.
- Se propone que los profesionales de la salud mental que trabajan en CONACMI utilicen un conjunto de acciones internas y externas en beneficio de su salud física y mental, incluyendo en su planificación espacios cortos que les permita realizar actividades contrarias a la preparación y atención de casos, asimismo realizarse chequeos médicos, alimentarse sanamente y considerar un tiempo a la semana para realizar ejercicio del agrado de cada persona.

- El trabajo del profesional de ayuda implica contar con distintas técnicas de autocuidado que le permitan reducir el riesgo de padecer estrés traumático secundario, se sugiere que la asociación CONACMI realice un programa de autocuidado donde se tome en cuenta un psicólogo clínico externo para que realice terapia personal a los psicólogos (as) y trabajadoras sociales de la institución, durante un tiempo prudencial acorde a las necesidades de cada uno, también que se integren a grupos de apoyo de autocuidado. con el propósito de disminuir los niveles de estrés traumático secundario y cuidar la salud mental del equipo.

#### 4.03. Referencias

- Aristóteles, *Ética Nicomaquea*, (1973) 5a. ed., trad. de Antonio Gómez Robledo, México.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa.
- Bernardo Moreno Jiménez, Eva Garrosa Hernández. *Salud Laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (2013) cap. 10. pp. 241-242.
- Berrocal, P. F., & Pacheco, N. E. (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.
- Bouza, M. F. *Síndromes profesionales del psicoterapeuta: propuestas de autocuidado con psicodrama* professional syndromes of the psychotherapist: self-care proposals with psychodrama.
- Castro, L. (2017). *Estrés traumático secundario y autocuidado en profesionales de la salud* [grado en modalidad monográfica, Universidad de la República facultad de psicología]. Repositorio [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_lucia\\_castro.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_lucia_castro.pdf)
- Castro, R.L. (2017). *Estrés automático y autocuidado en profesionales de la salud* [tesis de licenciatura, Universidad de la República facultad de psicología]. Repositorio. [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_lucia\\_castro.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_lucia_castro.pdf)

- Duque, V. y Gómez, N. (2014). Guatemala C.A. Organismo Judicial. Manual Lineamiento para el cuidado de los equipos, promoción de autocuidado y atención en crisis. Pérez Sales, Pau/ Ed. (2006). Página 50- 51.
- Garcí. A. Código ético del psicólogo (2007). 4a. Ed. Sociedad Mexicana de Psicología.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. y Betta, R. (2008). Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Psyche (Santiago)*, 17 (2), 67-68.
- <http://www.repositorio.usac.edu.gt/6807/1/T%2013%20%283011%29.pdf>
- INACIF, (2019). Evaluaciones médicas realizadas en las sedes periciales del INACIF, a nivel nacional clínica por diagnóstico según grupo quinquenal de edad del 01 de enero al 31 de diciembre de 2019. Consultado el 06 de marzo de 2020.  
<https://inacif.gob.gt/docs/estadisticas/anual/AnualQC2019.pdf>
- Martorell, N. C. (2013, 2014). Traumatización vicaria y catástrofe: una realidad poco conocida [grado en trabajo social, Universitat de les Illes Balears]. Repositorio <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/1609/Torres%20Rojas%20Nieves%20Ivette.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Meda, R., Moreno-Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E., & Vargas, R. (2012). La Evaluación del Estrés Traumático Secundario: Estudio Comparado en Bomberos y Paramédicos de los Servicios de Emergencia de Guadalajara, México. *Terapia psicológica*, 30(2), 31-41.
- Olivares, R. B., Messerer, G. M., Ureta, K. R., & Vio, C. G. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento psicológico*, 3(9), 9-19.

- Poroj, D. (2016). Factores psicosociales que intervienen en el afrontamiento de un trauma [tesis de licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de ciencias psicológicas]. Repositorio:
- Revista Iberoamericana de Educación, Profesión Docente y Estrés Laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés laboral y Burnout, José Antonio Ayuso Marente, Universidad de Cádiz, España. pag. 1-15
- Rothschild, Babette, (2006) Ayuda para el profesional de la ayuda, psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicariopp. 28-30
- Sampieri.R, Collado. C. y Lucio. P. (2010). Metodología de la Investigación. 5a. Ed. México: Mc Graw Hill.
- Tamayo, Tamayo. M. (2009), El proceso de la investigación científica: incluye evaluación y administración de investigación. 5a. Ed.México: Limusa.
- Valero, J. C., León, F. G., Giménez, M. L., Gestoso, C. G., Venegas, J. M., & Cerdeira, N. L. (2004). Consecuencias psicopatológicas de las catástrofes y desastres: el síndrome del estrés postraumático. Psiquis.

# ANEXOS

## Consideraciones éticas

### Proyecto de investigación:

*“Efectos del estrés traumático secundario en los profesionales de la salud mental que atienden a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato”*

### Autoras:

Carla Johanna Morales Méndez

Celeste Andreína Ruiz Torcelli

El objetivo del presente estudio es detectar cuáles son los efectos del estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental. El estudio de dichas afectaciones es necesario para el desarrollo de intervenciones específicas en la reducción de este tipo de estrés que inciden en el desgaste profesional. Los datos aportados por usted en la siguiente entrevista como en las escalas de estrés secundario y escala de autocuidado, son totalmente anónimos y solamente utilizados por el equipo de investigación, perteneciente a la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, certificando su confidencialidad. Se han evaluado como mínimos los riesgos que presenta para usted el participar del estudio. De todas maneras, en el caso de que usted necesite asesoramiento por situaciones que puedan preocuparle, entre en contacto con el equipo de investigación quienes le asesorarán al respecto. Por todo lo anterior, el diseño del estudio y sus investigadores garantizan el cumplimiento de las normativas nacionales sobre aspectos éticos en investigación: Ley N° 4090-2009 de Protección de Datos Personales y acción de “Habeas Data”.

Yo.....C.I.....

He recibido suficiente información y he entendido por completo el propósito del estudio, por lo que estoy de acuerdo en tomar parte en esta investigación tal y como se me ha explicado y

que puedo retirarme del mismo en el momento en que lo desee sin dar explicaciones. Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, por lo que autorizo el procesamiento de la información del material recogido en la presente investigación.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Confirmando que he explicado la naturaleza de este estudio al participante arriba citado.

Firma del profesional: \_\_\_\_\_ firma del profesional: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Universidad de San Carlos de Guatemala**

**Escuela de Ciencias Psicológicas**

**Centro de Investigación - CIEP's "Mayra Gutiérrez"**

**Ficha de registro de observación**

Persona evaluada: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

1. Personal

Pregunta	Si	No
Controla sus impulsos		
Baja tolerancia a la frustración		
Interactúa con el resto del equipo		
Toma pequeños descansos durante el día		
Distribuye adecuadamente sus actividades		
Comunicación asertiva		
Dificultad para transportarse		

2. Laboral

Pregunta	Si	No
Cuenta con un espacio adecuado de trabajo		
Tiene el material necesario para trabajar		
Recibe capacitaciones constantes		
Tiene sobre carga laboral		
Recibe apoyo de la institución		
Lleva trabajo a casa		



4.	¿Si algo he aprendido en mi trabajo como profesional de psicología y/o trabajador(a) social, es que las cosas no suceden cómo deberían?
5.	¿Me conmueven las cosas que les pasan a mis pacientes? ¿Por qué?
6.	¿Me he llegado a cuestionar mis propias creencias después de algunas intervenciones?
7.	¿Mi trabajo me ha hecho ver que el mundo es injusto?
8.	¿Guardo imágenes muy reales de aquellos casos que más me afectaron?
9.	¿Durante algunas intervenciones luego de una narrativa del trauma, he sentido cambios físicos y emocionales? ¿Qué haces para reponerte?
10.	¿Realizas actividades extras a nivel institucional y que están fuera de tus funciones? Menciona algunas.
11.	¿Qué tipo de apoyo recibes del equipo para realizar tu trabajo? ¿Crees que es suficiente?
12.	¿El ritmo de trabajo afecta o beneficia tu desempeño laboral? ¿Por qué?

**Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP; Guerra, et al., 2008).**

A continuación, hacemos una serie de preguntas sobre su trabajo y sobre sus actividades extra laborales. Responda todas las preguntas, marcando la alternativa que refleje mejor su situación general.

0=Nunca, 1=Casi nunca, 2=Ocasionalmente, 3=Frecuentemente, 4=Muy frecuentemente

No.	Pregunta	0	1	2	3	4
1.	¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia?					
2.	¿Con qué frecuencia supervisa sus casos clínicos?					
3.	¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor?					
4.	¿Con qué frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico?					
5.	¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?					
6.	¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)?					
7.	¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)?					
8.	¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)?					
9.	¿Con qué frecuencia usted mantiene una sana alimentación?					
10.	¿Con qué frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)?					

**Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS; Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004, adaptada a Chile por Guerra & Saiz, 2007).**

Leerás una lista de afirmaciones hechas por personas que han sido afectadas por su trabajo con pacientes que han sido víctimas de eventos traumáticos. Lee cada afirmación e indica con qué frecuencia te ha ocurrido durante estos últimos 30 días. Recuerda responder todas las afirmaciones y no dejar ninguna sin responder.

1=Nunca, 2=Raramente, 3=Ocasionalmente, 4=Con frecuencia, 5=Con mucha frecuencia

No.	Descripción	1	2	3	4	5
1.	Me he sentido incapaz de experimentar emociones.					
2.	Cuando pienso en el trabajo con los pacientes, mi corazón comienza a latir más fuerte.					
3.	He sentido como si estuviera reviviendo los traumas sufridos por los pacientes con los que trabajo.					
4.	He tenido dificultades para conciliar o mantener el sueño.					
5.	Me he sentido desesperanzado/a al pensar en mi futuro.					
6.	Hay recuerdos de mi trabajo con los pacientes que me provocan malestar.					
7.	He tenido poco interés por estar con otras personas.					
8.	Me he sentido nervioso/a, sobresaltado/a, ansioso/a.					
9.	He estado menos activo/a de lo habitual.					
10.	Me he sorprendido pensando en mi trabajo con los pacientes sin tener la intención de hacerlo.					

11.	He tenido dificultades para concentrarme					
12.	He evitado personas, lugares o cosas que me recuerdan al trabajo con los pacientes.					
13.	He tenido sueños desagradables sobre mi trabajo con los pacientes.					
14.	He deseado evitar el trabajo con algunos pacientes.					
15.	Me he enojado con facilidad.					
16.	He tenido la sensación de que algo malo va a pasar.					
17.	He notado vacíos en mi memoria.					