

Aproximación a la Dinámica Riesgos-Autocuidado en Equipos de Operadores Sociales que Trabajan con Desplazados en Pasto, Colombia

An Approach to Risks-Selfcare Dynamics in Teams of Social Operators Who Work With Displaced People in Pasto, Colombia

Marcela Huertas
Pontificia Universidad Católica de Chile

Se refieren los hallazgos de un estudio realizado en Pasto, Colombia, para describir y comprender la dinámica riesgos-autocuidado en equipos de operadores sociales que trabajan con desplazados por violencia política. Se aplicó un instrumento de medición del *burnout* a 30 profesionales que trabajan con población desplazada y 30 que trabajan con poblaciones vulnerables diferentes. Se realizaron ocho entrevistas individuales y un grupo focal. Se trianguló la información obtenida y se concluyó que las diferencias entre puntuaciones de *burnout* obtenidas por los operadores que trabajan con población en desplazamiento y los que trabajan con poblaciones diferentes no son significativas. Se propone un modelo de co-construcción progresiva de recursos protectores en los equipos de operadores sociales que trabajan con desplazados en Pasto.

Palabras Clave: *operador social, autocuidado, desplazados.*

The article presents the findings of a study made in Pasto, Colombia, aiming to describe and understand risks-selfcare dynamics in teams of social operators who work with people displaced by political violence. An instrument that measures burnout was applied to 30 professionals who work with displaced population and 30 professionals who work with other vulnerable populations. Eight individual interviews and a focal group were conducted. The data was triangulated and it was concluded that the differences between burnout scores obtained by operators who work with population in displacement and those that work with other populations are not significant. A model of progressive co-construction of protective resources in teams of social operators who work with displaced people in Pasto is proposed.

Keywords: *social operators, self-care, displaced people.*

Situación Sociopolítica en Colombia y Nariño

La situación actual en Colombia está marcada por una injusta violencia social, una guerra entre el Estado y grupos al margen de la ley (guerrilla, paramilitares). Se han hecho intentos infructuosos de llegar a una solución a esta situación, pero el fracaso de los procesos de paz entre el pasado gobierno del ex-Presidente Pastrana y las organizaciones insurgentes han llevado el país a un periodo indefinido de escalamiento, radicalización y redefinición del conflicto armado. En este contexto, se desarrolla la política gubernamental de “mano dura”, la confianza en la “solución militar” en el menor tiempo posible, el desarrollo de políticas como las redes de informantes de la Fuerza Pública y la tendencia al recorte de las garantías y las instituciones democráticas. Por su parte las estrategias insurgentes apuntan a la desestructuración de

las condiciones de gobernabilidad local a través de las amenazas y atentados contra autoridades locales; el ataque a la infraestructura económica y social; la intensificación de acciones urbanas y muchas acciones destinadas a demostrar su capacidad de desestabilización y a poner en tela de juicio la eficacia de las estrategias del nuevo gobierno. Los grupos paramilitares, por su parte, disputan territorios y poblaciones a las guerrillas, e intentan afianzar una propuesta de control político y social a través de confinamientos, amenazas, incursiones e incluso estrategias de “política social” y repoblamiento, según específica el más reciente boletín de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento CODHES (Banco de datos de Derechos Humanos y Violencia Política de CINEP y Justicia y Paz, Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento / CODHES/ & Escuela Nacional Sindical, 2002).

Población en Situación de Desplazamiento

El fenómeno de desplazamiento es una de las mayores expresiones de la crisis de violaciones del

Marcela Huertas, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a la autora al E-mail: mehuerta@uc.cl

Derecho Internacional Humanitario en Colombia. Los responsables del desplazamiento suelen ser, en su orden, el paramilitarismo, la guerrilla y las Fuerzas militares, pero se mantiene un alto porcentaje de población que se refiere a “otros” responsables (OPS-OMS Colombia, 2001).

Las amenazas y los asesinatos constituyen los principales motivos del desplazamiento de familias, que también incluyen desapariciones forzadas, atentados, torturas y “otros”. En esta última categoría se insiste en “miedo”, “persecución”, “intento de secuestro”, “boleto”¹, “porque la guerrilla se quería llevar a mis hijos” o “porque la violencia nos empobreció”. Los enfrentamientos y las masacres también cumplen un papel importante entre las razones que se aducen para el desplazamiento forzado (OPS-OMS Colombia, 2001).

En el Registro Nacional de Población Desplazada por la Violencia (2002) de la Red de Solidaridad Social con corte el 18 de febrero, las cifras para Nariño en desplazamiento fueron aumentando desde 1997 a razón del doble de personas desplazadas entre 1998 y 1999, para luego aumentar dramáticamente 6 veces en el año 2000 y 2001. Hasta el 18 de febrero de 2002 había la misma cantidad de desplazados en Nariño que la que hubo en todo el año de 1998. Se estima, según cifras oficiales, que hay actualmente dos millones de personas en situación de desplazamiento registradas. En el Boletín del 18 de noviembre de 2002, CODHES informó que en promedio, 1623 personas son obligadas diariamente a desplazarse: 67 personas por hora, una familia cada 10 minutos.

Sin embargo, Cortés y Rubio (2002) afirman que por cada persona registrada, 1.57 no lo están, y por cada familia registrada hay de dos a tres por fuera del registro. Pasto, ciudad capital, tiene la mayor concentración de población desplazada del departamento, pues del total de habitantes calculados en 408.000 para el año 2002, la población desplazada estimada estaría alrededor de las 30.000 personas, para un 7.14% estimado con relación a la población total de la ciudad.

En la Ley 387 de 1987 se define al desplazado como: Toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas. (Colombia, Ministerio de Educación Nacional, 1997)

Lineamientos de Atención Integral a Desplazados

Un conjunto significativo de entidades nacionales e internacionales vienen trabajando en la atención del desplazamiento en Colombia. Cada una de estas entidades tiene múltiples visiones y maneras de evaluar su intervención y la de los demás así como la acción de las autoridades; la experiencia acumulada y la aproximación al problema son diferentes, ya sea por su naturaleza, estructura y mandato, por la fase en que intervienen prioritariamente, por la región donde desarrollan su trabajo, por el tipo de proyectos que ejecutan, por la lectura de la crisis, por el riesgo en que desempeñan su labor, como por su relación con el Estado en su expresión nacional, regional o local (MINGA, CODHES, CINEP, Fundación Comité de Solidaridad con los Presos Políticos & Corporación Colectivo de Abogados “José Alvear Restrepo”, 2001).

Para las organizaciones participantes, el concepto de atención psicosocial se define como “el proceso de acompañamiento personal, familiar y comunitario, que busca restablecer la integridad emocional de las personas, así como de sus redes sociales” (OPS/ECHO/ONGs, 2001, p. 3). En la población afectada por el conflicto armado se identifican tres grandes grupos poblacionales en los procesos de desplazamiento: población en riesgo de ser desplazada, población desplazada y población receptora (MINGA et al., 2001, p. 8).

La intervención psicosocial de estas entidades que trabajan en Colombia incluye la atención que se ofrece por personal especializado (psiquiatras o psicólogos), así como la primera ayuda psicológica y otras formas de asistencia o acompañamiento que pueden y deben ser ofrecidas por personal no especializado (trabajadores de Atención Primaria en Salud, voluntarios, profesores, agentes comunitarios, etc.) (MINGA et al., 2001).

La autora quiere destacar que en el documento se menciona brevemente el “apoyo al apoyo”, como la modalidad de trabajo con el personal no especializado de la comunidad al cual se le ofrece información y capacitación, así como apoyo emocional ante sus propias problemáticas. Este personal resulta clave, pues actúa en la primera línea de contacto con la población y se convierte en un agente o promotor psicosocial. Como se puede notar, no se incluyen los operadores sociales profesionales, sino que se destaca la necesidad de apoyo a personas que voluntariamente atienden a la población desplazada y cuyas profesiones no son del área social necesariamente.

¹ Expresión que en Colombia se refiere a extorsiones que realizan los actores armados a comerciantes y empresarios para financiar sus actividades ilícitas.

Operadores Sociales en Colombia y en Nariño

En Colombia se está empezando a reconocer que al atender población víctima del conflicto armado, los miembros de equipos de ONGs y del Estado presentan una respuesta emocional a la violencia asociada con niveles altos de estrés que inciden en los aspectos psicosociales de estos funcionarios, por lo cual también necesitan un proceso de prevención y recuperación (Aguirre, 2002; Castaño, 1994). A esta población de profesionales se le denomina operadores sociales en la presente investigación, incluyendo además a quienes realizan intervención psicosocial con poblaciones vulnerables diferentes a la que está en situación de desplazamiento.

Se conoce un conjunto de resultados de un taller realizado en Pasto, en el que se detallan los resultados de 3 días de trabajo con diferentes instituciones que realizan atención a población en situación de desplazamiento (Fundación Dos Mundos & OIM, 2001).

En el primer día de trabajo los participantes elaboraron en grupos sus respuestas a la pregunta: “¿Cuáles implicaciones encuentra entre el trabajo que realiza usted con población expuesta a violencia sociopolítica y su propia situación emocional?”. Entre las respuestas hubo consenso en cuanto a que la emoción que prevalecía era la impotencia, por sentir que a veces no pueden hacer lo suficiente; también se presenta tristeza, angustia, miedo y frustración porque se siente que no se puede hacer mucho (Fundación Dos Mundos & OIM, 2001).

Por otra parte, estos profesionales sienten que varias áreas de su funcionamiento cotidiano se ven afectadas: las relaciones familiares, las relaciones sociales, las relaciones laborales y la identidad profesional (Fundación Dos Mundos & OIM, 2001).

Todos estos hallazgos están muy relacionados con el concepto de síndrome de burnout, que ha empezado a ser de especial interés en el área de la salud mental de profesionales que trabajan con el dolor de otros.

El Síndrome de Burnout

Varios autores concuerdan en que este síndrome es un proceso que comienza con niveles excesivos de tensión, la cual produce sensaciones de irritabilidad y agotamiento físico, mental y emocional como resultado de haberse involucrado durante mucho tiempo en situaciones que son emocionalmente demandantes, traducidos en la presencia de

estrés, que se completa cuando el trabajador se adapta defensivamente a esta tensión, desligándose afectivamente, volviéndose apático, cínico y rígido (Cherniss, 1993; Maslach & Jackson, 1986 en Arón, 2001; Pines & Aronson, 1988).

Maslach (Leiter, 1990 en Arón, 2001; Leiter & Maslach, 1988) asume que en respuesta a ambientes muy demandantes, aparecería primero el agotamiento emocional, en la medida en que los operadores sociales se sienten sobrepasados por las demandas laborales: el aumento de este agotamiento lleva a la despersonalización cuando los operadores sociales intentan distanciarse emocionalmente como un modo de enfrentar el agotamiento. Este último y el empobrecimiento de las relaciones con los usuarios, contribuyen a que disminuya el sentido de competencia, a la vez que el trabajo mismo pierde sentido. La despersonalización aparece, en función del agotamiento emocional, como una manera de mediar el impacto de las demandas del entorno. Esto implicaría un proceso de relación secuencial de los factores de despersonalización o distancia emocional, el agotamiento emocional y la sensación de incompetencia profesional. Por otra parte, habitualmente los ambientes que los operadores perciben como sobredemandantes también son percibidos con recursos insuficientes.

Por otra parte, entre las diversas teorías que se ofrecen para esclarecer las causas del burnout se encuentra la propuesta de Hallsten (en Schaufeli, Maslach & Marek, 1993), en la que menciona 3 factores claves que contribuyen al desarrollo del burnout: vulnerabilidad, orientación a metas y un ambiente amenazante e incoherente. La vulnerabilidad se define como la tendencia de la persona a percibir pocas opciones para crear un sentido positivo de vida, por lo cual la persona es altamente dependiente de la disponibilidad de un rol auto-definicional y de su desempeño. La vulnerabilidad modera las interpretaciones de, y las reacciones a, situaciones problemáticas. La orientación hacia metas a largo plazo se enlaza con la confianza en las propias acciones y responsabilidad. La persona toma la iniciativa e intenta resolver problemas; este compromiso encubre varios objetivos defensivos que pueden llevar a que las acciones sean mal dirigidas y estrechas. La percepción de incongruencia en el ambiente se refiere a la falta de factores organizacionales como el apoyo en términos de valores y metas compartidas y la disponibilidad de competencias personales y recursos para alcanzar objetivos.

Cordes y Dougherty (1993) afirman que las va-

riadas demandas, limitantes y otros factores que componen los antecedentes del burnout pueden agruparse en tres amplias categorías: las características del trabajo y del rol profesional, las características organizacionales y las características personales. Entre las *características del trabajo*, las relaciones entre el cliente o persona atendida y el profesional que son más directas, frecuentes y de larga duración se asocian con niveles altos de burnout, y en cuanto a las *características del rol*, estos autores consideran que el conflicto y la ambigüedad del rol y la sobrecarga se encuentran asociadas con la presencia de burnout. Igualmente las *características organizacionales* como la contingencia o no contingencia de los resultados organizacionales y el contexto laboral inciden en la presencia de niveles altos de burnout. Por otra parte, entre las *características personales* asociadas a niveles más bajos de burnout se encuentran algunas variables demográficas como el ser más jóvenes, estar casados y tener hijos, la presencia de soporte social y las expectativas personales en términos de la profesión, la organización y la propia eficacia.

Grosch y Olsen (1994) también proponen una teoría multidimensional que contempla no únicamente factores intrapsíquicos y sistémicos (del ambiente), sino que tienen en cuenta la forma que toma la interacción particular de estas variables, teniendo en cuenta además temas de las familias de origen de los profesionales y dinámicas familiares reproducidas en el ambiente laboral. Además se menciona otra perspectiva interaccional que atiende el ajuste entre la persona y el sistema, en la que las percepciones cognitivas juegan un papel importante (Raquepaw & Miller, 1989 en Grosch & Olsen, 1994).

Gran parte de la investigación en burnout se ha realizado en ocupaciones de servicio que se orientan a las personas. Maslach y Schaufeli (en Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) afirman que el síndrome se ha visto en servicios humanitarios, tal vez porque la estigmatización negativa de los clientes va dramáticamente en contra de lo que se considera como una actitud profesional; el concepto de burnout es muy relevante para estos grupos.

En diversos estudios se pueden encontrar datos que indican que el burnout aparece con bastante frecuencia en poblaciones de profesionales que trabajan en diversas áreas de la salud; Garcés de los Fayos (2001) menciona estudios desde 1980 a 1994 en que se ha encontrado hasta 50% de presencia de burnout en médicos y en profesionales de la salud. Otro estudio sobre oncología en Cuba (Chacón &

Grau, 1997), indicó que 44% de enfermeras puntuaron en el nivel medio.

En Chile una investigación mostró que el burnout está presente en un 12.5% de profesionales en oncología en dos hospitales en Santiago (Rozas, 2000), mientras que otro 67% de enfermeras tienen burnout o están en un nivel proclive a desarrollarlo, estando en un nivel alto un 33.9% de la muestra estudiada (García, Meza & Palma, 1999).

Específicamente en cuanto a la población que toca a la presente investigación, Lira (1996) afirma que hay una escasa disponibilidad de estudios sobre los efectos del trabajo clínico o social en los profesionales que se enfrentan con las consecuencias de la violencia política en individuos y familias. Ella menciona estudios sobre refugiados en Europa (Benelbaz, 1991; Bustos, 1987, 1991); refugiados latinoamericanos en Estados Unidos (Comas, Díaz & Padilla, 1990; Fischman, 1991); mujeres (Herman, 1992) y en el cono sur (Agger & Jensen, 1996; Lira, 1992, 1995; Ruderman, 1992, 1993). La mayoría de estos estudios se refieren a los problemas generados en miembros y equipos de trabajo de salud mental que trabajan con víctimas de violencia política. El estudio sobre las motivaciones y los recursos personales que protegen a las personas del impacto de esta problemática está muy poco desarrollado. Estos estudios vinculan las dificultades observadas en este tipo de trabajo con la naturaleza del mismo, las motivaciones específicas de los profesionales para asumir un compromiso con el trabajo de Derechos Humanos y las dinámicas institucionales.

En Colombia, con la escasa información existente respecto al tema se reconoce que hay diversas problemáticas asociadas a los equipos en contextos de violencia, relacionadas con menores posibilidades de expansión y distensión (salidas, etcétera): (a) hay un alto sentido de la acción, por lo cual las implicaciones de las decisiones se ven más cerca; (b) se trabaja en ciudades o comunidades pequeñas, con grupos que se comunican mucho entre sí (rumores, problemas de confidencialidad); (c) Los problemas pequeños pueden llevar a conflicto, o a deteriorar relaciones, entre otros (Aguirre, 2002). Es por esto que se hace necesario revisar la teoría disponible sobre el tema del autocuidado y afrontamiento para evitar estas consecuencias del trabajo con violencia política.

Autocuidado y Afrontamiento

Aguilar (1996) propone una revisión de algunos aspectos importantes si se quiere abordar el

cuidado de los equipos. En primer lugar, una formación y preparación adecuada para abordar el tema específico. En segundo lugar, se plantea que un trabajo con estas características debiera ser realizado y vivido tanto desde la persona que se atiende como desde los profesionales, como un esfuerzo de equipo. Para el profesional, el respaldo y el esfuerzo compartido con su equipo le protege de las ansiedades que genera un trabajo con casos críticos. Para la persona afectada, sentirse recibida, apoyada por una institución, un equipo de trabajo, un sistema de salud, resulta prioritario especialmente cuando se trata de situaciones con alto contenido de violencia. En tercer lugar, un espacio en que el equipo pueda mirarse a sí mismo frente al impacto que recibe, y pueda trabajar sus propias ansiedades, temores, impotencias y confusiones, resulta imprescindible. Se habla de la salud mental del equipo de Salud Mental, como un elemento que requiere de cuidado.

Por su parte, Maslach (2001) afirma que, respecto del burnout, se han propuesto varias estrategias de intervención, tanto en cuanto a su tratamiento como a su prevención. La mayoría de las discusiones de las intervenciones en burnout se centran sobre todo en soluciones orientadas hacia el individuo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la investigación ha encontrado que los factores circunstanciales y de la organización desempeñan un papel más grande en el burnout que los del individuo. Además, las estrategias individuales son relativamente ineficaces en el lugar de trabajo, donde una persona tiene mucho menos control sobre los estresores que en otros aspectos de su vida.

De otro lado, Arón (2001) plantea varias conductas de autocuidado que han demostrado ser importantes a nivel individual. Uno de los factores de mayor incidencia en el desarrollo del burnout está relacionado con la contaminación acumulada por falta de vaciamiento. Se recomienda entonces realizar este último con redes formales profesionales, de tal manera que la contención del relato de la situación traumática sea posible, evitando realizar este vaciamiento con las redes sociales, para no contaminarlas. También se plantea la necesidad de tener espacios de oxigenación en los que la persona pueda airearse, nutrirse en actividades alejadas de las temáticas del trabajo. Otras acciones importantes para el autocuidado tienen que ver con evitar auto-responsabilizarse en exceso y evitar culpar a otros, e intentar recibir formación en aquellas perspectivas

teóricas y modelos que entreguen destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo y el tipo de consultantes.

Teniendo en cuenta que el trabajo con poblaciones vulnerables se trata la mayoría de las veces de actividades realizadas en equipos, institucionalmente se deben facilitar los espacios de vaciamiento cotidianos, estructurados en relación a los casos y temáticas recibidas, que tengan lugar en reuniones técnicas, supervisiones de casos o reuniones clínicas con un estilo protector y fortalecedor de los propios recursos; solucionar los conflictos y diferencias, si los hay, en un clima protegido y con estilo no confrontativo. Las responsabilidades de las decisiones y acciones riesgosas para la vida e integridad de los profesionales deben ser compartidas por el equipo; se debe evitar que los espacios de distracción se contaminen con temas relacionados con la violencia; el estilo de liderazgo incluiría el reconocimiento, la retroalimentación y el interés activo del jefe manifestados en la flexibilidad y el apoyo administrativo; establecer un apoyo de la institución para la formación continua con actividades de perfeccionamiento como espacios de crecimiento profesional; tener monitoreos, apoyo y supervisión a los profesionales que comienzan a través de consultorías profesionales, y establecer rituales de incorporación y despedida (Arón, 2001).

Por último, cabe destacar las reflexiones que resaltaron en el taller realizado en San Juan de Pasto con relación al tema del autocuidado (Fundación Dos Mundos & OIM, 2001). Frente a la aparición de sentimientos de impotencia, tristeza, angustia, miedo y frustración, los profesionales participantes en este taller concluyeron que es necesario tener autocontrol de las propias emociones para poder brindar una mejor atención. En cuanto a los problemas con sus familias, consideraron que es importante hablar con la familia y expresar lo que se está sintiendo para evitar que se imaginen cosas que no son reales y se aumente su preocupación. Luego de la intervención de cada grupo, el informe del taller menciona algunas reflexiones sobre la importancia que tiene el reconocer las implicaciones emocionales en ellos mismos y los contextos en los que interactúan para el trabajo psicosocial, ya que consideran que es imposible desligar su sentir con su hacer. Reconocer sus propias emociones les permite autoconocerse, orientar su trabajo, entrar en una relación de construcción conjunta, tener más claro lo que se hace, ayuda a mantener el control de las propias emociones y clarifica las posibilidades reales de acción.

Método

Participantes

Se aplicó un instrumento de medición del nivel de burnout a 30 operadores sociales que trabajan con población en situación de desplazamiento en Pasto (Grupo 1) en las siguientes instituciones: Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la Red de Solidaridad Social, Aldea Global, la Cruz Roja como ONG Operadora, la Defensoría del Pueblo y la ONG Sinergia, y 30 operadores sociales que trabajan con población diferente a la que está en situación de desplazamiento (Grupo 2) en instituciones del Estado como el ICBF y el Juzgado 4° Penal Municipal, y privadas como CECOPSI, CEHANI, Servicios Integrados para Jóvenes, Casa del Joven y Talita-Kum.

Al considerar los rangos de edad en que se encuentran los participantes, se encontró que en el Grupo 1, la mayoría de operadores tenía entre 26 y 40 años, representando un 69.9% de la muestra estudiada; los profesionales que tenían entre 20 y 25 años representaron un 23.3% de la muestra, y la minoría estuvo entre los 31 y 35 años con un 10% y entre 41 y 45 años con un 6.6%. En el Grupo 2, se encontró que la mayoría de participantes tenía entre 20 y 30 años, representando un 70% de la muestra estudiada; hubo 10% de profesionales que tenían entre 36 y 40 años y 46 años o más, y la minoría estuvo entre los 41 y los 45 años con un 3.3%. La distribución por género indicó que en ambos grupos la mayoría fueron mujeres, representando un 63.3% de la muestra en el Grupo 1 y un 86.6% en el Grupo 2, mientras que hombres representaron el 36.6% de la muestra estudiada en el Grupo 1, y el 13.3% en el Grupo 2. La distribución de los participantes según su profesión en ambos grupos fue idéntica. La mayoría de operadores estuvo en el área social (psicólogos, trabajadores sociales, abogados, sociólogo social y Oficial de Campo) con un 50%; los profesionales del área salud representaron un 13.3% de la muestra y otros profesionales como son ingenieros, voluntarios, economistas, tecnólogos, auxiliares y administradores representaron un 36.6% de la muestra. Se observó que tanto en el Grupo 1 como en el Grupo 2, la mayoría de los participantes fueron solteros, representando un 50 y un 56.6% del total de cada muestra, respectivamente.

Teniendo en cuenta los resultados de la aplicación del *Cuestionario de Actitudes Ante el Trabajo* en profesionales que trabajan como operadores sociales con población desplazada, se seleccionaron 8 sujetos que participaron en las entrevistas individuales semiestructuradas y en el Grupo Focal, de los cuales 3 obtuvieron puntuación baja de burnout, 3 obtuvieron puntuación media y 2 obtuvieron puntuación alta.

Instrumentos

Para la fase cuantitativa de la investigación se utilizó el instrumento denominado *Cuestionario de Burnout para profesionales sanitarios* que fue creado para evaluar el síndrome de burnout en profesionales de la salud en 1991 por Filgueira y tipificado en Chile por Esparza, Guerra y Martínez (1995), quienes deciden cambiar el nombre original llamándolo *Cuestionario de Actitudes hacia el Trabajo* (Figueroa, Gutiérrez, Hernández & Setien, 1997). Consta de 65 preguntas de selección múltiple con 5 alternativas y una pregunta abierta. La confiabilidad de 0.97 que obtuvo el instrumento fue evaluada a través del método de Kuder-Richardson (K-R21); la validez de contenido se obtuvo a través del juicio de expertos donde se "consiguió unanimidad" (Figueroa, Gutiérrez,

Hernández & Setien, 1997, p. 39). El instrumento presenta también una validez de constructo al comparar con los puntajes de corte con la entrevista clínica a médicos, paramédicos y enfermeras. "Se estableció y especificó la relación teórica intercategoría según: el marco teórico, la interpretación de los jueces y la aplicación del cuestionario, de acuerdo a lo cual se infirió que el cuestionario está vinculado con la teoría y relaciona adecuadamente la variable burnout con las categorías elegidas en el instrumento" (Figueroa, Gutiérrez, Hernández & Setien, 1997, p. 40).

El instrumento presenta además validez empírica, la cual fue evaluada por Figueroa, Gutiérrez, Hernández y Setien en 1997, a partir de una evaluación del síndrome de burnout a un grupo de profesionales de la salud, a través de la aplicación paralela del *Cuestionario de Actitudes hacia el Trabajo* y una entrevista clínica especialmente construida. Luego se analizó la significación de la correlación del diagnóstico entregado por ambos instrumentos, y se obtuvo una correlación de 0.80.

Dado que el instrumento permite describir el comportamiento de 8 subvariables del burnout, éstas fueron consideradas para la descripción estadística de las muestras:

1. *Fuentes de tensión*: derivadas del contacto con factores distresantes concretos (enfermedad, muerte, dolor, falta de organización y colaboración, etc.).
2. *Insatisfacción laboral*: relacionada con las precarias condiciones laborales (escasos recursos materiales y humanos, sobrecarga de trabajo, ambigüedad y conflicto de roles, excesiva responsabilidad sin poder para la toma de decisiones, masificación de usuarios, salarios y descansos insuficientes, posibilidades de promoción limitadas, inconvenientes condiciones ambientales, etc.).
3. *Agotamiento emocional*: Falta de energías y destrucción de los recursos emocionales, con la vivencia de que ya no le queda nada más que ofrecer a los demás, surgiendo ansiedad, impaciencia, irritabilidad y actitudes suspicaces.
4. *Degradación de la competencia profesional*: imposibilidad de satisfacer las expectativas previas que tiene de la profesión. Confieren al trabajador una sensación creciente de incompetencia (ausentismo laboral, deterioro del nivel de rendimiento, deseos de abandonar el trabajo o cambiar por otro puesto y degradación de la calidad del servicio que se ofrece). Pueden deteriorarse también las habilidades cognitivas.
5. *Degradación de la autoimagen*: despersonalización, desarrollo de una actitud negativa hacia sí mismo, pérdida de la autoestima y sentimientos de estar cambiando e incapacidad para resolver situaciones que antes resolvía con eficacia. Para defenderse, se desarrolla frialdad y un distanciamiento progresivos hacia los clientes y compañeros (racionalización, negación o desplazamiento de los efectos, ironía y atención selectiva del entorno).
6. *Dificultades en las relaciones interpersonales*: desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas con las que trabaja y para quienes trabaja. Los conflictos en las relaciones interpersonales pueden llegar a afectar intensamente las relaciones personales fuera del contexto laboral.
7. *Trastornos físicos*: fatiga constante, insomnio, dolores diversos, trastornos neurovegetativos, trastornos gastrointestinales, alteraciones respiratorias, enfermedades cardíacas, trastornos endocrinos, cambios de peso, etc.
8. *Trastornos conductuales*: aumento del consumo de alcohol, café, tabaco, drogas y fármacos, aumento de la conducta violenta dentro y fuera del contexto laboral, robos en el lugar del trabajo, comportamientos de alto riesgo, tentativas de suicidio.

Diseño y Procedimiento

Para la fase cuantitativa inicial se aplicó el *Cuestionario de Actitudes Ante el Trabajo*, cuyos resultados permitieron establecer las características de cada muestra para posteriormente ser analizados a partir de la Prueba Z y así determinar las diferencias en las puntuaciones. Esta fase permitió comparar los niveles de burnout presentes en operadores sociales que trabajan con población en desplazamiento y profesionales que trabajan con otras poblaciones en riesgo social, además de establecer las diferencias entre las proporciones de puntuaciones en los niveles bajo, medio y alto de burnout.

La fase cuantitativa de esta investigación obedeció a la escasez de información sobre la presencia de burnout en operadores sociales que trabajaban con población en desplazamiento en Pasto; si bien en reuniones interinstitucionales se mencionaba el tema, no existía información documentada y sistematizada al respecto, por lo cual era necesario establecer una línea de base.

De acuerdo a su objetivo general de describir y comprender la dinámica riesgos-autocuidado en miembros de equipos de operadores sociales que trabajaban con población en situación de desplazamiento por causa de la violencia política en San Juan de Pasto (Nariño), Colombia, la presente investigación utilizó una metodología cualitativa de corte descriptivo y relacional-exploratorio, que se consideró indicada para este estudio porque permitió capturar descripciones de factores contextuales y significados personales que rodeaban los procesos involucrados en la presencia o ausencia del síndrome de burnout, relacionados con los riesgos a que se enfrentaban los operadores sociales en su trabajo con familias en situación de desplazamiento que eran víctimas de violencia política, y las conductas y recursos de autocuidado que se conformaron en los equipos de atención a esta población, teniendo en cuenta que el burnout es un proceso que se desarrolla a partir de la interrelación constante de diversos factores de orden organizacional y personal.

La técnica de análisis de información que se utilizó se basa en codificaciones según los procedimientos de análisis descriptivo y relacional propuestos por Glasser y Strauss (1967) en la *Grounded Theory*, mediante preguntas y comparaciones durante el análisis que permitieron descubrir y relacionar categorías relevantes, sus propiedades y dimensiones. Los conceptos y sus relaciones se acumularon a través del proceso de la recolección de datos. Además se contempló la realización de la triangulación de la información a partir de visiones diferentes aportadas por 3 coinvestigadores: Carmen Gloria Quintana, Carolina Weiss y Alexandre Coimbra, en diferentes momentos del análisis realizado.

Fase Cuantitativa

Esta fase del estudio contemplaba alcanzar el siguiente objetivo:

- Establecer la presencia o ausencia de burnout en los miembros de equipos de operadores sociales que trabajan con desplazados en relación a profesionales que no trabajan con desplazados.

La hipótesis de trabajo fue que los operadores sociales que trabajan con población en desplazamiento obtendrían, en conjunto, puntajes más altos del nivel de burnout que los operadores sociales que trabajan con otras poblaciones vulnerables.

Fase Cualitativa

Se utilizó una metodología descriptiva-relacional y exploratoria, orientada a descubrir los procesos que se dieron

en la situación de estudio, permitiendo de esta manera conocer la dinámica riesgos y autocuidado observada en los miembros de equipos de operadores sociales que trabajaban con desplazados que participaron en la investigación.

Partiendo del supuesto de que las personas que trabajaban con desplazados tenían alto riesgo de presentar burnout, y que no todos los profesionales de estas unidades presentarían el mismo nivel, se esperaba que los resultados de la aplicación del cuestionario a estos profesionales mostraran cierto grado entre medio y alto de burnout. Posteriormente, mediante entrevista individual abierta, se entrevistó a 3 operadores que obtuvieron puntuación baja de burnout, 3 que obtuvieron puntuación media y 2 que obtuvieron puntuación alta.

Después del análisis de las entrevistas individuales se realizó una reunión del grupo focal que permitió profundizar en aspectos que se mostraron relevantes en las entrevistas individuales. La entrevista a grupos focales se utiliza como medio para lograr un buen entendimiento de los resultados (Andrade, Sheldin & Bonilla, 1987).

Resultados

Análisis Cuantitativo

Para lograr el objetivo se consideró la diferencia entre las proporciones de las muestras de los operadores sociales que trabajan con población en desplazamiento y de los que trabajan con poblaciones vulnerables diferentes para calcular la respectiva distribución muestral y determinar posteriormente las diferencias en las puntuaciones, específicamente para cada subescala del cuestionario que determina el nivel de burnout mediante la prueba Z. Este método permitió realizar la comparación entre las puntuaciones por categoría obtenidas por los participantes de cada uno de los dos grupos estudiados y analizar los resultados en triangulación con el análisis cualitativo (Daniel, 1988).

La distribución según la puntuación del nivel de burnout en operadores que trabajaban con población en desplazamiento indicó que en el nivel bajo se encontraron 10 profesionales; 12 operadores se encontraron proclives al burnout y 8 profesionales tuvieron nivel alto de burnout. Mientras tanto, entre los profesionales que trabajaban con otras poblaciones se encontraron 11 profesionales con nivel bajo del síndrome; en un nivel proclive estuvieron 15 profesionales y 4 operadores tuvieron nivel alto. La mayor diferencia entre los dos grupos se encontró en la puntuación alta; en el Grupo 1 se encontró el doble de operadores con burnout respecto al Grupo 2. En los niveles medio y bajo de burnout, la diferencia fue menor entre los dos grupos.

Análisis estadístico comparativo de los grupos. Los resultados de la prueba Z realizada con los datos de los dos grupos indican que el valor Z observado es 0.346 para un nivel de confianza de 5%; asociado

con dicho nivel de confianza, el Z crítico es de 1.65, y cualquier Z observado que iguale o exceda este valor crítico indicará una diferencia significativa.

Lo anterior permite establecer que la diferencia en el nivel presentado de burnout no es estadísticamente significativa entre los operadores sociales que trabajan con población en desplazamiento y los que trabajan con poblaciones vulnerables diferentes, es decir, los operadores sociales que trabajan con población en desplazamiento en Pasto no tienen niveles más altos de burnout en comparación con los operadores que trabajan con otras poblaciones vulnerables desde una perspectiva general.

Esto puede deberse a las características generales del trabajo psicosocial en Colombia; Maslach (2001) ha encontrado que los factores circunstanciales y de organización desempeñan un papel más importante en el desarrollo del síndrome de burnout que los del individuo. Se puede decir entonces que la ausencia de diferencias en los niveles de burnout entre los dos grupos estudiados en esta investigación se debe a que, en primer lugar, comparten dificultades que se constituyen en factores que propician el desarrollo del burnout, y en segundo lugar, comparten recursos protectores que nivelan y disminuyen el impacto de dichas dificultades y evitan que el burnout tenga una presencia importante entre los operadores. A continuación haré un análisis aclaratorio de este importante punto.

Según los resultados de la presente investigación, los equipos que desarrollaban este tipo de intervenciones en Pasto, aunque atienden poblaciones diferentes, compartían casi las mismas dificultades por falta de recursos logísticos y financieros, inadecuada organización institucional y falta de comunicación interinstitucional, aspectos tales que, como se mencionó anteriormente, están contemplados como antecedentes que facilitan el desarrollo del síndrome de burnout en los operadores sociales.

Por otra parte, se encontró que los operadores sociales de ambos grupos compartían además ciertos recursos que se pueden considerar como protectores: aunque los recursos logísticos y financieros no siempre eran los mejores, se pudo observar mucha *recursividad* en estos operadores, en el sentido de que los profesionales que trabajaban en intervención psicosocial tendían a optimizar de manera muy adecuada los pocos recursos con que contaban; también se encontró una motivación vocacional similar y fuerte en los operadores sociales que participaron, reflejadas en el *discurso* de los operadores sociales que trabajan con desplazados y en la *alta tasa de respuesta a la pregunta cualitativa* que aparece al final del *Cuestionario de Actitudes Ante el Trabajo* de los profesionales que trabajan con otras poblaciones, en la que resaltaron su amor por la labor social que desempeñan, además de resaltar las relaciones interpersonales satisfactorias al interior de sus equipos de trabajo.

De otra parte, y debido a que el *Cuestionario de Actitudes Ante el Trabajo* mide el burnout en 8 subescalas que lo componen, se consideró la prueba Z para determinar las proporciones entre las puntuaciones de cada grupo por categoría y en cada nivel de presencia o ausencia del síndrome o propensión a él. Para un 5% de confianza, el valor crítico de Z es 1.65; todos los valores observados de Z que iguallen o excedan este valor crítico son significativos.

En la Tabla 1 se indican los valores Z observados para cada categoría en el nivel bajo de burnout, y se puede ver que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones de nivel bajo obtenidas por los operadores pertenecientes a cada grupo, en cada categoría.

En la Tabla 2 se indican los valores Z observados para cada categoría en el nivel medio de burnout, y se puede ver que existe una diferencia significativa entre las puntuaciones obtenidas por cada grupo en la categoría 1, Fuente de Tensión, estableciendo que

Tabla 1

Valores Z observados por categoría con puntuaciones de nivel bajo de burnout

CATEGORÍA	T observado
1. Fuentes de Tensión	0.679
2. Insatisfacción Laboral	0.564
3. Agotamiento Emocional	0.536
4. Degradación de la Autoimagen	0.259
5. Degradación de la Competencia Profesional	0.272
6. Dificultades en las Relaciones Interpersonales	1.562
7. Trastornos Físicos	1.135
8. Trastornos Conductuales	0.819

Tabla 2

Valores Z observados por categoría con puntuaciones de nivel medio de burnout

CATEGORÍA	T observado
1. Fuente de Tensión	1.754
2. Insatisfacción Laboral	0
3. Agotamiento Emocional	0
4. Degradación de la Autoimagen	0.33
5. Degradación de la Competencia Profesional	0.819
6. Dificultades en las Relaciones Interpersonales	0.634
7. Trastornos Físicos	1.415
8. Trastornos Conductuales	0.324

los operadores sociales que trabajaban con poblaciones diferentes enfrentaban mayores niveles de tensión que los que enfrentaban los operadores sociales que trabajaban con población en desplazamiento.

En la Tabla 3 se indican los valores Z observados para cada categoría en el nivel alto de burnout, y se puede ver que existe una diferencia significativa entre las puntuaciones de nivel alto de burnout en la categoría 6, dificultades en las relaciones interpersonales. Esto permitió establecer que los operadores sociales que trabajan con población en desplazamiento presentaron mayores dificultades interpersonales que los operadores que trabajan con poblaciones vulnerables diferentes. Los operadores que trabajaban con desplazados y que tuvieron esta categoría en nivel alto fueron contactados al principio del proceso de investigación; como se verá más adelante, los proyectos iniciales tuvieron para los operadores más riesgos que los proyectos después del avance de la intervención psicosocial con población en desplazamiento. Por esta razón, se considera que estos hallazgos reflejan el momento en el que se aplicaron los cuestionarios, y debido a esto se reflejó mayor grado de dificultades en las relaciones interpersonales.

Tabla 3

Valores Z observados por categoría con puntuaciones de nivel alto de burnout

CATEGORÍA	Z observado
1. Fuente de Tensión	0.703
2. Insatisfacción Laboral	0.722
3. Agotamiento Emocional	0.549
4. Degradación de la Autoimagen	0
5. Degradación de la Competencia Profesional	1.602
6. Dificultades en las Relaciones Interpersonales	1.818
7. Trastornos Físicos	0.279
8. Trastornos Conductuales	1.220

Fase Cualitativa

Finalmente, como una forma de integración de la información analizada cualitativamente, como resultado del proceso de codificación selectiva, se presenta un modelo explicativo y comprensivo que recopila los elementos fundamentales asociados con la co-construcción progresiva de recursos protectores en los equipos de operadores sociales que trabajan con desplazados, en un intento de entender la dinámica riesgos-autocuidado.

Esta co-construcción de recursos se configura, según lo encontrado en los análisis descriptivos, en un marco temporal que evoluciona simultáneamente con la experiencia y el contacto que hayan tenido los equipos y en general la sociedad con la problemática del desplazamiento; inicialmente los riesgos percibidos eran más amenazantes, las consecuencias de estos riesgos eran más negativas tanto para los operadores individualmente como para los equipos, y por lo tanto para las intervenciones.

Las condiciones prevalecientes en el contexto inicial del trabajo con población en desplazamiento se caracterizaban por un escaso apoyo estatal a las instituciones, que se vieron acorraladas por su falta

de experiencia en el manejo de la problemática al enfrentarse a una diversa caracterización de la población afectada por el desplazamiento que dependía del lugar de procedencia de la población en desplazamiento, por lo cual sus características resultaban muy diferentes. La población que atendían inicialmente los operadores que participaron en la investigación era procedente en su mayoría de un sector citadino; las personas en desplazamiento eran más exigentes, más “guerreras” y más demandantes. No se comprometían con la solución de su situación y no reconocían la importancia de lo psicosocial. Llegaban a un contexto hostil, de rechazo por parte de la población receptora pero conocían las características de las ciudades, por lo cual su sentido de pertenencia no se vio mayormente afectado. Por otra parte, se presentó una estigmatización del fenómeno del desplazamiento por la asociación de éste a actividades ilícitas de tráfico de drogas y la violencia que tradicionalmente caracteriza este tipo de actividades; dicha estigmatización producía temor y en general una actitud de rechazo constante hacia cualquier persona de la que se supiera que había tenido que huir de su casa (ver Figura 1).

Las estrategias de respuesta institucional se configuraron en proyectos inadecuadamente orientados debido a que sus prioridades eran diferentes a las de las instituciones; la poca percepción de resultados consecuente se relacionaba con la escasa disposición de la población, ya que las personas en desplazamiento tenían actitudes de rechazo y poco reconocimiento hacia lo psicosocial, no lo consideraban imprescindible ni útil para ellos. Las instituciones a su vez no daban el apoyo económico necesario para los proyectos y los recursos logísticos y financieros que se ponían a disposición de los operadores para realizar su trabajo usualmente eran insuficientes.

De parte del Estado los esfuerzos se centraron en la creación de leyes de atención integral a población en desplazamiento pero las instituciones, al verse sobrepasadas, exigían a los operadores resultados inmediatistas en muy poco tiempo para algo que debe ser un proceso, como es la intervención psicosocial. Todos estos aspectos se relacionaron además con un inadecuado manejo de las circunstancias psicosociales que se dieron como consecuencia del fenómeno creciente del desplazamiento, siendo el no incluir a la población receptora en los proyectos, el aspecto más relevante de este manejo inadecuado.

Estas condiciones particulares dieron forma a consecuencias específicas para los operadores que iniciaron su trabajo en instituciones que responderían al fenómeno siguiendo las disposiciones del Estado. Individualmente los operadores experimentaron el cansancio emocional y físico, la desensibilización y la inadecuación profesional que se han considerado como componentes principales del síndrome de burnout.

A medida que en el transcurso del tiempo las instituciones reaccionaban frente al desplazamiento, se presentó un cambio en las condiciones que incidió en la efectividad de los proyectos orientados en la atención de la población objetivo.

Se dio entonces una evolución del trabajo psicosocial en el contexto afectado por la problemática bajo condiciones como la atención a nueva población en desplazamiento, la inclusión de la población receptora en los proyectos y la adquisición de experiencia. La atención a nueva población en desplazamiento se debió a una incursión guerrillera en una población perteneciente a la región nariñense que obligó al desplazamiento de familias de esta misma región. Se encontró entonces que la población que atendieron después de este acontecimiento se caracterizaba por ser procedente básicamente del campo nariñense; esta nueva población se percibió más receptiva, con un nivel cultural más bajo, trabajadores del campo netamente campesinos, que sufrieron en gran medida el desarraigo de sus tierras porque era lo único que conocían, y llegaron a un ambiente citadino hostil. Por lo tanto, cuando llegaron a la ciudad y recibieron atención de las instituciones, se mostraron más agradecidos con el tipo de ayuda que se les pudo dar. Además las instituciones vieron la necesidad de incluir a la población receptora en sus proyectos, con el fin de sensibilizarlos y alterar las creencias negativas sobre las personas en situación de desplazamiento que estaban arraigadas. Por otra parte, fue indiscutible la adquisición de experiencia que se presentó en el transcurso del tiempo.

Las estrategias de respuesta ante estas nuevas condiciones dieron cuenta de las mejoras sustanciales de las intervenciones psicosociales con población en desplazamiento. En primer lugar, los proyectos se optimizaron en la medida en que las instituciones evaluaron las necesidades de la población y las incluyeron entre sus prioridades. Se presentó un aumento del seguimiento a las familias y una disminución de la población atendida por equipo, lo que redundó en una atención más adecuada a las

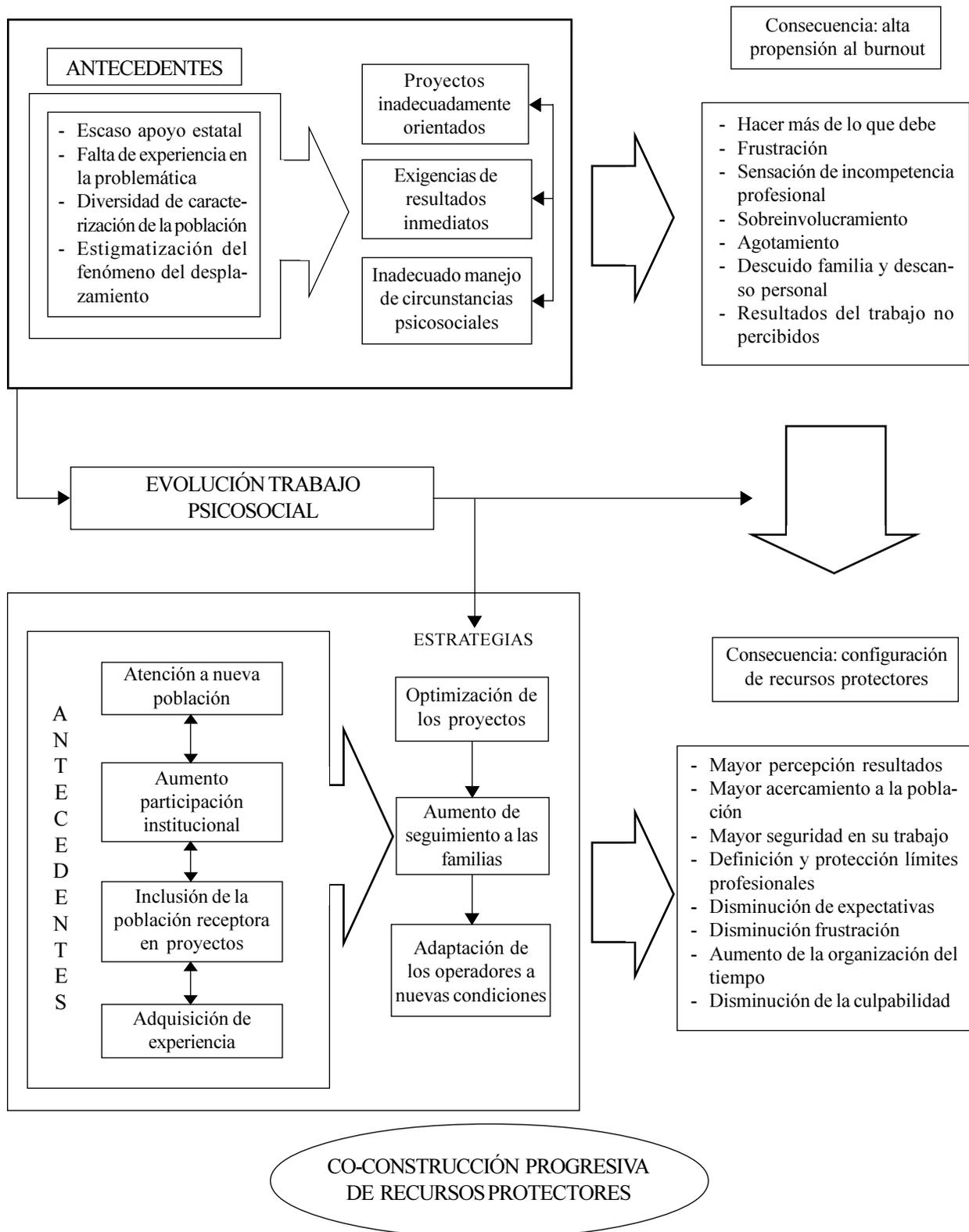


Figura 1. Co-construcción progresiva de Recursos Protectores en equipos de operadores sociales que trabajan con población en desplazamiento en Pasto

necesidades, con la posibilidad de visitas domiciliarias que anteriormente no estaban contempladas en los proyectos de determinados equipos. Además, los operadores tuvieron la oportunidad de adaptarse a las nuevas condiciones gracias al aprendizaje adquirido, tanto en el aspecto personal, con reestructuración cognitiva y cambios conductuales, como en el aspecto de equipo, en el sentido de aumentar las reuniones intraequipo y el aumento de la comunicación entre miembros de equipos de diferentes instituciones.

Por supuesto, estas nuevas estrategias configuraron los factores protectores que contribuyeron a la prevención de la presencia del síndrome de burnout en los operadores sociales. Al crecimiento de la tendencia a percibir más el reconocimiento y la disposición positiva de la población siguió que los operadores disminuyeran sus expectativas y dejaran de sentir frustración por resultados no logrados, lo que disminuyó su sensación de inadecuación, mientras la identificación de signos de agotamiento y de actividades de prevención del distrés incidió en una disminución del cansancio, aunque no desapareció en su totalidad. Así mismo, la insensibilización inicial disminuyó debido a la renovación de la población atendida que demostraba mayor disposición al trabajo de los operadores y reconocían sus resultados. La familia y la red social jugaron un papel igualmente importante en la configuración de recursos protectores para los operadores, en la medida en que los familiares conocían los riesgos y apoyaban al operador con un apoyo emocional y activo en relación con su trabajo, y los amigos y colegas apoyaban emocionalmente y aportaban una visión diferente al operador.

Entre los operadores además se identificaron otros recursos protectores importantes. El aumento, con la experiencia, de la capacidad de discernir cuándo una persona está distorsionando su historia para protegerse, permitió que los operadores pudieran manejar mejor estas situaciones, al igual que los sentimientos que las historias de las personas en situación de desplazamiento producían en ellos.

Otro recurso protector de los operadores se configuró en relación a las amenazas a la vida de los operadores. Si bien es cierto que en Colombia, y en general en situaciones de guerra, las personas que trabajan con derechos humanos son objetivo militar de quienes tienen intereses contrarios e ilegales, estos operadores encontraron que el hecho de aceptar que su trabajo les traía riesgos les permitió tomar las cosas con calma; por otra parte, les resultó muy

tranquilizador aceptar las medidas de seguridad proporcionadas por instituciones internacionales de defensa de derechos humanos, que tienen experiencia en el tema y procuran la mayor seguridad para sus profesionales vinculados. A este respecto, el apoyo de los miembros del equipo en situaciones límite como la posibilidad de ser capturados en un retén fue muy importante, así como la información honesta que se daba al operador en cuanto ingresaba al equipo.

Discusión

La presente investigación aporta evidencia teórica y empírica en un campo de incipiente desarrollo en Colombia. Sus resultados pueden orientar el interés de instituciones gubernamentales y ONGs hacia el cuidado de equipos que trabajan con población en desplazamiento, en la medida en que emergió una dinámica interaccional entre los fenómenos de la alteración de la estabilidad personal de los operadores, la incapacidad inicial de respuesta al fenómeno del desplazamiento, la configuración de un ambiente protector para los operadores y la percepción satisfactoria de la evolución del trabajo psicosocial, develándose así una *co-construcción progresiva de recursos protectores en los equipos de operadores sociales que trabajan con población en desplazamiento en Pasto*.

La utilización de metodología combinada favoreció una comprensión más acabada del fenómeno del burnout en operadores sociales que trabajan con poblaciones vulnerables en Pasto, Colombia. Con la fase cuantitativa se logró visualizar que la presencia de burnout en profesionales que trabajan con población en desplazamiento no es significativamente mayor que la presencia de burnout en quienes trabajan con otras poblaciones vulnerables. La fase cualitativa posibilitó la comprensión de la configuración progresiva de recursos protectores, a partir de un acercamiento descriptivo y exploratorio.

Como ya se mencionó en los antecedentes teóricos, el burnout aparece con bastante frecuencia en poblaciones de profesionales que trabajan en diversas áreas de la salud; según los resultados obtenidos en la presente investigación, los porcentajes de profesionales que trabajan con población en desplazamiento en Pasto que tienen desarrollado el síndrome son similares a las arrojadas por algunas investigaciones pero disímiles con respecto a otras. Sin embargo, no se encontró disponible alguna investigación que toque el tema del burnout en profe-

sionales que trabajen para la defensa de derechos humanos de las personas víctimas de violencia política.

Como se puede notar, estas investigaciones se centran en la presencia de burnout en profesionales directamente relacionados con la salud, pero no hay estudios disponibles sobre el impacto del trabajo con violencia política. El estudio interno del ICBF² indica solamente valoraciones cualitativas acerca de lo que los profesionales que trabajan en Centros Zonales (presencia del ICBF en las zonas de conflicto) (Aguirre, 2002).

Aunque por el tamaño pequeño de la muestra en la presente investigación, los resultados no pueden ser generalizados, la metodología cualitativa permitió un acercamiento a la descripción de significados contextuales e individuales que inciden en el desarrollo del síndrome del burnout y su dinámica con los recursos protectores de los operadores sociales.

Los resultados cuantitativos señalan que si se comparan las puntuaciones de burnout entre equipos que trabajan con población en desplazamiento y equipos que trabajan con otras poblaciones en riesgo social, no existen diferencias significativas, lo cual probablemente se deba a que ambos grupos están en un área de trabajo en la que existe una exposición constante con otras personas y sus problemas, y por lo tanto hay un alto impacto emocional. En este sentido, los profesionales de ambos grupos forman parte de la población de trabajadores que son más propensos a desarrollar burnout, de acuerdo a Maslach (1978 en Cordes & Dougherty, 1993), Arón (2001), Aguilar (1996) y Lira (1996)³.

Por otra parte, se encontró que en la configuración de recursos protectores juega un papel importante la evolución que ha tenido el trabajo psicosocial en Colombia, como un elemento contextual que incide en la leve presencia de burnout.

Para ilustrar la evolución mencionada, se encontró que inicialmente, la inexperiencia en el manejo de la problemática, la casi improvisación en los proyectos de atención a población en desplazamiento y el escaso apoyo y reconocimiento institucional hacia el trabajo psicosocial se visualizaron en el discurso de los profesionales participantes como los elemen-

tos de mayor incidencia en su sensación de agotamiento e inadecuación y su actitud de despersonalización⁴, además de las características socio culturales de la población en desplazamiento que atienden, en el sentido en que dicha población presentó una actitud más negativa hacia el trabajo de los operadores, rechazando y poniendo lo psicosocial en un nivel de prioridad más bajo entre sus necesidades. Los operadores entonces percibían a estas personas muy poco receptivas hacia su trabajo y eso tenía repercusiones negativas en su actitud hacia ellas.

Igualmente se visualizaron elementos individuales y de equipo que adquieren centralidad en la percepción de los riesgos a que se enfrentan los operadores sociales que trabajan con población en desplazamiento. Se encontraron características personales como la escasa claridad en la definición de funciones y de los límites profesionales que se traducía en que los operadores asumían responsabilidades que no les correspondían, ocupando tiempo que era de su familia y de sus asuntos personales en actividades del trabajo. Así se configuraba la sensación de cansancio y frustración. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en diversos estudios respecto a los factores contextuales e individuales que interactúan y producen finalmente el desarrollo del burnout (Cordes & Dougherty, 1993; Grosch & Olsen, 1994; Maslach, 2001; Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

En la etapa posterior y más reciente de los proyectos de atención a población en desplazamiento, lo psicosocial adquirió más importancia; las instituciones tuvieron un acercamiento hacia la problemática que les dio mayor experiencia en su manejo, con lo cual compatibilizaron sus prioridades con las necesidades de la población. Además empezaron a otorgar mayor importancia y más apoyo económico a los proyectos de atención a población en desplazamiento, y los proyectos se optimizaron tanto en su orientación como en los recursos utilizados. Por otra parte, la población en desplazamiento cambió respecto a su origen y su disposición hacia lo psicosocial. La nueva población se caracterizó por ser percibida por los operadores como más receptiva y más agradecida hacia su trabajo; debido a esto, los profesionales empezaron a dar más importancia al reconocimiento

² Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

³ Como se mencionó en el marco teórico, hay consenso en que las profesiones que atienden personas cuyas circunstancias producen dolor, sobre todo las que conllevan relatos de violencia presenciada o enfermedades incurables, tienen un impacto mayor en los profesionales que escuchan estos relatos y tratan a estas personas.

⁴ Según Maslach (2001), este concepto se refiere a “una tentativa de poner distancia entre sí mismos y los necesarios, haciendo sus demandas más manejables en la medida en que ven a las personas como objetos impersonales en su trabajo”.

de la población que al de las instituciones. Este cambio en la población, aunado al aumento del apoyo económico y al aumento de instituciones participantes, favoreció una disminución de la población atendida por equipo, al igual que la inclusión de procesos de seguimiento a las familias y la optimización de los proyectos gracias al mayor acercamiento a las verdaderas necesidades de las personas afectadas por el desplazamiento.

Este cambio de condiciones permitió la configuración progresiva de recursos protectores en los equipos de profesionales que trabajan con población en desplazamiento, particularmente en cuanto a incluir reuniones periódicas en las que se tratan temas tanto laborales como personales, permitiendo así el vaciamiento del que habla Arón (2001), lo cual favorece las relaciones laborales en el sentido de configurar la confianza necesaria para que cuando se presenta una situación que sobrepasa sus capacidades, los operadores buscan apoyo profesional en un colega que tenga los recursos para manejarla.

Este aspecto se muestra relacionado con un estilo de liderazgo tal que cuando el ambiente en el equipo se torna pesado, el profesional se aleja para retomar energía y luego vuelve para animar al equipo. Interactuando con estas condiciones está la decisión de los operadores de realizar un trabajo personal para superar sus conflictos no resueltos y mediante reestructuración cognitiva y conductual definir y proteger sus límites profesionales, además de la reorganización más efectiva y adecuada de su tiempo. Esto produce una disminución de los síntomas del síndrome de burnout en la medida en que contribuye a una disminución del agotamiento tanto físico como emocional de los operadores, se resensibilizan y al obtener retroalimentación positiva de la población sienten que su trabajo da resultados y se sienten más seguros en su desempeño laboral.

Es así como con los resultados presentados en esta investigación se aportan lineamientos para mejorar la atención a la población en desplazamiento a partir de favorecer la configuración de recursos protectores para los profesionales que trabajan con ellos. Desde la perspectiva institucional, se recomienda proporcionar una inducción adecuada a los operadores en el momento en que ingresan a los equipos de atención, que les permita identificar y reconocer los riesgos que se presentan en este trabajo, conocer mejor la población que atenderán y sus necesidades y características y definir adecuada y claramente las funciones que tendrá cada uno a su car-

go; mejorar la comunicación interinstitucional y en lo posible, mejorar los recursos logísticos que los operadores tendrán a su disposición.

Desde la perspectiva individual y de equipo, se recomienda favorecer un ambiente de confianza al interior de los equipos, permitiendo la comunicación fluida para compartir experiencias, con estilos de liderazgo que fortalezcan al equipo; facilitar espacios de descanso y descontaminación tanto individuales como en equipo, con la posibilidad de mejorar la capacidad de identificar las señales individuales de cansancio y las actividades que favorecen la distensión; proveer una capacitación y formación permanentes en temáticas adecuadas y promover la realización de reuniones intraequipo para abordar temas tanto personales como profesionales.

Referencias

- Aguilar, M. I. (1996, noviembre). *Trabajo interdisciplinario y cuidado de equipos*. Trabajo presentado en el Seminario Salud mental y género, nuevos énfasis en las estrategias de trabajo, SERNAM, Santiago de Chile.
- Aguirre, J. (2002). *Programa de atención al conflicto armado. Acompañamiento en salud mental a funcionarios del ICBF en regiones de conflicto armado*. Bogotá: ICBF 2002.
- Andrade, S., Sheldin, M. & Bonilla, E. (1987). *Métodos cualitativos para la evaluación de programas*. New York: The Pathfinder Fund.
- Arón, A. M. (2001). *Violencia en la familia. Programa de intervención en red: La experiencia de San Bernardo*. Santiago: Galdoc.
- Banco de datos de Derechos Humanos y Violencia Política de CINEP y Justicia y Paz, Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) & Escuela Nacional Sindical. (2002). *¿Contra quién es la guerra?* [En red]. Disponible en: <http://www.ciponline.org/colombia/02111903.htm>
- Castaña, B. L. (1994). *Violencia sociopolítica en Colombia. Repercusión en la salud mental de las víctimas*. Bogotá: Corporación AVRE.
- Chacón, M. & Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana de Oncología*, 2(13), 118-125.
- Colombia, Ministerio de Educación Nacional. (1997). *Ley 387 de 1997* [En red]. Disponible en: <http://200.21.18.26/apps/CentroDoc/Docs-enlaces/DocsInstitucion/ResultadosInstitucion.asp>, Gopher: <http://www.red.gov.co/Download/Files/Ley387-1997.pdf>
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded Theory procedures and techniques*. Sage: Londres.
- Cordes, C. & Dougherty, T. (1993). A review and an integration of research in job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
- Cortés, C. & Rubio, J. (2002). *Balance de percepciones sobre el desplazamiento forzado. Diagnóstico*. Pasto: Convenio OIM-Defensoría del Pueblo Regional Nariño.
- Daniel, W. (1988). *Estadística con aplicaciones a las ciencias sociales y la educación*. México: Mc Graw-Hill.

- Esparza, C., Guerra, P. & Martínez, M. (1995). *Determinación de los niveles de burnout en profesionales del área de la salud de la Quinta Región*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y al Título de Psicólogo, Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
- Figueroa, M., Gutiérrez, A., Hernández, R. & Setien, A. (1997). *Validación empírica del Cuestionario de Actitudes Ante el Trabajo, de evaluación del síndrome de burnout, en profesionales de la salud de la Quinta Región*. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
- Fundación Dos Mundos & OIM. (2001). *Memorias taller pasto. Talleres regionales para mejorar la respuesta y coordinación institucional y comunitaria para la asistencia psicosocial a comunidades afectadas por el desplazamiento*. Pasto: Fundación Dos Mundos & OIM.
- Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2001). *El burnout* [En red]. Disponible en: <http://web.prover.com.br/salves/virtual/burnout.htm>
- García, M., Meza, P. & Palma, M. (1999). *Síndrome de burnout en profesionales de enfermería del Hospital de urgencia asistencia pública Dr. Alejo del Río*. Tesis para optar a la Licenciatura en Enfermería y al Título de Enfermera Matrona, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Glasser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory. Strategies of qualitative research*. San Francisco: University of California.
- Grosch, W. & Olsen, D. (1994). *When helping starts to hurt*. New York: W. W. Norton Company, Inc.
- Lira, E. & Piper, I. (1996). *Reparación, derechos humanos y salud mental*. Santiago: ILAS (Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos).
- Marshall, C. & Rossman, G. (1995). *Designing qualitative research* (2ª Ed.). Londres: Sage.
- Maslach, C. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology* (52), 397-422 [En red]. Disponible en: <http://arjournals.annualreviews.org/toc/psych/52/1;jsessionid=jJ42AOy4HSI8>
- MINGA, CODHES, CINEP, Fundación Comité de Solidaridad con los Presos Políticos & Corporación Colectivo de Abogados "José Alvear Restrepo". (2001). *Militarización de las fronteras: Desplazamiento y refugio* [En red]. Disponible en: <http://www.igc.org/colhrnet/newsletter/y2001/spring01art/soscaucanarino101.htm>
- OPS-OMS Colombia. (2001). *Informe del Grupo temático del desplazamiento* [En red]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/desplazados/desplazados.htm>
- OPS/ECHO/ONGs. (2001). *Lineamientos básicos para la atención psicosocial a poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto en Colombia* [En red]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/LineamientosPsicosociales.htm>.
- Red de Solidaridad Social. (2002). *Registro nacional de población desplazada por la violencia* [En red]. Disponible en: www.disaster.info.desastres.net/desplazados/informes/red/Registro_feb_18_2002.xls
- Rozas, G. (2000). *Estudio descriptivo de los factores protectores en relación al burnout en personas que trabajan en unidades de oncología infantil en dos hospitales de la Región Metropolitana*. Tesis para optar al Título de Magíster en Psicología Clínica, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Schaufeli, W., Maslach, C. & Marek, T. (1993). *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Fecha de recepción: Noviembre de 2003.

Fecha de aceptación: Septiembre de 2004.