



Manual de Buenas Prácticas y Gestión en el Centro de Trauma

Aspectos Estructurales del Estrés Laboral – Cuidados para los Cuidadores

Christian Pross
Septiembre 2011

Manual de Buenas Prácticas y Gestión en el Centro de Trauma: Aspectos Estructurales del Estrés Laboral - Cuidados para los Cuidadores

Christian Pross, Septiembre 2011

2011 © Consejo Internacional de Rehabilitación para Víctimas de la Tortura
International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)

El Consejo Internacional de Rehabilitación para Víctimas de la Tortura (IRCT) es una organización independiente de profesionales de la salud, la cual promueve y apoya la rehabilitación de las víctimas de la tortura y trabaja por la prevención de la tortura en el mundo. La visión de la IRCT es la de un mundo que valore y acepte la responsabilidad compartida para la erradicación de la tortura.

Las opiniones aquí expresadas son las del autor y por tanto no pueden, de ninguna manera, ser consideradas reflejo la opinión oficial de la IRCT.

Borgergade 13
P.O. Box 9049
1022 Copenhagen K
Denmark

Fono: +45 3376 0600
Fax: +45 3376 0500
Email: irct@irct.org
Sitio web: www.irct.org

Tabla de contenidos

Introducción	4
Parte I - Buenas Prácticas	5
1. Cualificación de los cuidadores	5
2. Calificación de los líderes	6
3. Filosofía del tratamiento, el ambiente de la curación y la cooperación del equipo	7
4. Cuestiones de organización	8
5. Junta directiva y patrón	9
6. El cuidado de los cuidadores	9
7. Supervisión	10
Parte II – Estrés Laboral en los Centros de Trauma	13
1. Introducción	13
2. Cultura de los centros de trauma y problemas estructurales	14
3. Trauma del cuidador - recursos y riesgo	16
4. Reconstrucción del trauma	16
5. Prevención del estrés laboral	17
6. Normas para la estructura	18
7. Observaciones finales	19
Referencias	20

Introducción

El trauma psicológico es un campo relativamente nuevo. En los últimos veinte años numerosos centros de trauma han surgido en todo el mundo. En su mayoría fueron contruidos fuera de las estructuras tradicionales de atención de salud como en las organizaciones de base, en los años fundacionales todos los participantes se afanaron para empezar a construir la organización con gran entusiasmo e idealismo. Por desgracia, en el celo de la fase pionera, a menudo fueron ignoradas cuestiones estructurales. Fundamentos que son comúnmente estándar en las instituciones de salud, a menudo faltan: coloquios regulares sobre casos, mantenimiento de los registros, horas de trabajo fijas, un programa de servicio que muestre quién está haciendo qué y en qué momento, la gestión del tiempo, canales fijos para el intercambio de información, formación interna continua de manera regular, estatutos y normas internas de procedimiento, descripciones de los puestos de trabajo, evaluaciones periódicas de la gestión del personal, liderazgo claramente autorizado, formación en gestión para los líderes y líneas transparentes de toma de decisiones. Todo el mundo hace su trabajo lo mejor que puede, sin embargo, la ausencia de estos elementos básicos puede causar muchas fricciones, duplicación del trabajo, desorientación, confusión y frustración.

La Parte I de este manual, hace referencia a los componentes básicos de una organización de salud que da apoyo a los supervivientes de la tortura y la violencia política: requisitos y selección de los cuidadores, requisitos de los líderes, filosofía del tratamiento y la cooperación en equipo, cuestiones de organización, el papel de la junta directiva, atención para los cuidadores y la supervisión. La línea básica del pensamiento es la transparencia, un buen mantenimiento de los procedimientos y un buen seguimiento de la gestión y del personal, tendrá un efecto altamente positivo no sólo en la calidad del trabajo, sino también en los beneficiarios, lo cual es la tarea básica de los centros.

En la Parte II se presenta un análisis de mayor profundización en bases científicas de las formas en que las cuestiones de organización, terapéuticas y personales de la organización, terapias y asuntos personales pueden ser fuente de estrés laboral. Este manual tiene en cuenta los resultados de estudios científicos y está basado en la experiencia del autor como cuidador, director de un centro, miembro del comité ejecutivo del consejo de IRCT, supervisor y consultor organizacional.

El término "el" se utiliza en todo el documento, en el interés de la legibilidad para ambos sexos.

Debo un especial agradecimiento a Monica Brendler, Boris Drozdek, Ton Haans, Lilla Hárdi, Johan Lansen, Eva-Lena Klefbeck and Mechthild Wenk-Ansohn por sus comentarios y a John Docherty por su trabajo editorial.

Parte I - Buenas Prácticas

1. Cualificación de los cuidadores

La empatía y la solidaridad con las víctimas de la tortura es un principio fundamental para este trabajo. Las personas que sólo buscan un trabajo para ganarse la vida sin una entrega y motivación de corazón no son candidatos adecuados. Sin embargo, sólo una actitud sensible no es calificación suficiente. Muchos centros para los supervivientes de la tortura han sido construidos por ellos mismos. Es natural y humano que los que sufrieron estén más motivados para ayudar a otras víctimas. Su experiencia personal es una fuerte motivación y la fuerza para impulsar este trabajo. Tienen una sensibilidad particular y una profunda comprensión de sus pacientes, los que con frecuencia y con razón se quejan de la ignorancia y la falta de empatía de personas "normales". Por otro lado, los cuidadores supervivientes se arriesgan a quedarse enredados e identificados con los pacientes, con la consiguiente pérdida de objetividad profesional y transmisión de sus propios traumas a los pacientes y colegas. Este riesgo es mitigado solo si durante la formación terapéutica se ha trabajado sobre su historia personal en una especie de proceso de conciencia de sí mismo y son capaces de distanciarse de los traumas de sus pacientes.

En muchos centros hay falta de psicoterapeutas. Gran parte del trabajo terapéutico se lleva a cabo por laicos y voluntarios. Algún personal está capacitado sólo médicamente, pero no psicológicamente. Sin embargo, existen simples y fáciles métodos de psicoterapia para aprender, que incluyen en su currículum de formación la auto-conciencia (1): como por ejemplo, el análisis transaccional (2) y la terapia dinámica de acuerdo con Horowitz (3) por citar sólo dos. La mayoría de los métodos y técnicas psicoterapéuticas son básicamente de orientación occidentales y deben de ser adaptadas a la cultura, el contexto y el nivel de educación de los cuidadores y pacientes - por nombrar un par de ejemplos: la terapia de exposición narrativa (4) y el trabajo psico-educativo (5). En los países en los que existen centros, puede haber otros métodos originales o tradicionales para la ayuda y tratamiento, como terapia testimonio, desarrollada en Chile durante la dictadura, la narración de cuentos terapéuticos desarrollada en las culturas orientales (8), o los métodos de curación tradicional (9). Por encima de todos, los enfoques terapéuticos de grupo han demostrado su eficacia (10-12). Para una formación terapéutica no necesariamente se necesita tener un grado académico en medicina o psicología. Se puede aprender de las personas con otros perfiles profesionales como los trabajadores sociales, enfermeros, fisioterapeutas y maestros.

Es difícil - si no imposible - saber después de una entrevista, si un aspirante a este trabajo está calificado y es el adecuado. Las mejores credenciales, certificados de formación, una carrera profesional perfecta, no necesariamente implican que una persona es un buen cuidador. Por lo tanto, un período de prueba de al menos medio año debería ser parte del contrato de trabajo.

La personalidad del cuidador terapeuta es su mayor cualidad y su herramienta de trabajo mas importante, ya que sirve como modelo a imitar por el paciente, y porque la relación terapéutica es ante todo una relación humana. Así que más allá de la capacidad profesional y experiencia, es importante tener en cuenta el carácter del candidato: ¿Es cálido, sensible, empático, sólido y equilibrado?, ¿Tiene recursos en su vida personal, una vida normal fuera del trabajo, sentido del humor, capacidad para relajarse y descansar, sabe valorar el placer? Adictos al trabajo, fanáticos y narcisistas que centran sus vidas en torno al trabajo y lo necesitan para alimentar a su gran ego, pueden impresionar a menudo a sus colegas por la enorme dedicación, pero por lo general demuestran que no son buenos cuidadores, una de las razones es que no tienen mucho cuidado de sí mismos.

Un criterio similar debería ser aplicado en el reclutamiento de voluntarios. La buena voluntad de un voluntario que esté dispuesto a trabajar sin salario es razonable. ¿Pero

supondrá un valor añadido a la organización?, ¿Qué habilidades tiene?, ¿Encaja con el equipo? A veces los voluntarios pueden ser más una carga para la organización que una ganancia. Los voluntarios también deberán de tener un contrato en el que se definan sus funciones.

En algunas culturas es común reclutar a miembros de la familia y amigos para los puestos, porque ellos son de la familia. Puede funcionar si están legítimamente cualificados para el trabajo y no se aprovechan de su parentesco. No obstante, siempre se corre el riesgo de nepotismo y corrupción. Puede dañar el espíritu de equipo y la motivación del trabajo cuando, por ejemplo, un miembro del personal resulta no estar cualificado para el trabajo, pero aún así se le mantiene en el puesto, ya que es familia del director. Un director tiene que ser justo y tratar a todos por igual, siempre teniendo en cuenta que la primera responsabilidad de un centro es proporcionar la atención apropiada a los supervivientes. En el caso hipotético del mal funcionamiento del familiar, el director estará atado de manos y se verá en una posición incómoda, a causa de su doble lealtad.

2. Calificación de los líderes

Que nazca un líder de forma natural es muy raro. Las personas que trabajan en materia de salud y los derechos humanos por lo general no tienen habilidades de gestión, sin embargo, estas pueden ser aprendidas en una formación específica. Un centro de trauma necesita un liderazgo claramente autorizado. Debe de haber un director clínico a cargo del servicio a los pacientes y un director administrativo a cargo de las finanzas y las cuestiones de organización. El liderazgo requiere de algunas características elementales como el talento para escuchar, la modestia, la sensatez, la madurez, la experiencia de vida, la estabilidad, la perseverancia, la firmeza y la sabiduría. Todas estas características se parecen a las de un buen padre y madre, así que el estilo de liderazgo debería seguir el principio de la buena crianza. El liderazgo de un centro de trauma es un desafío especial, porque uno sirve como pantalla de proyección de toda la energía negativa y destructiva sumida en este trabajo y que el líder tiene que contener. Un buen líder ejerce su rol sin desdibujar la jerarquía funcional, está preparado para soportar el ser visto como "mal jefe", así como llevar a cabo decisiones impopulares. Al mismo tiempo, tiene que alentar las ideas creativas e iniciativas del personal, dejando que otros crezcan y florezcan sin verlos como competidores, no abusando de su poder, y trabajando con transparencia con el personal y la rendición de cuentas a la junta directiva. El líder tiene que supervisar la actuación de los miembros del personal y realizar evaluaciones periódicas con ellos. Debe trabajar con refuerzos y elogios, pero también tiene que ser capaz de decirle a alguien que no está calificado para recibir una formación adicional o buscar otro trabajo.

Es imposible llevar solo todos estos desafíos y responsabilidades. "La soledad del líder" es una queja común que se escucha de los líderes. De hecho no pueden compartir los problemas relacionados con su cargo con el personal, no pueden ser queridos por toda la gente y se pide demasiado de ellos, esperando que tengan siempre un gran corazón y entiendan los problemas y quejas de todo el mundo. Ellos tienen sus límites, como todo ser humano y tienen que respetarse esos límites. Por lo tanto, necesitan intercambios con su grupo de pares, consultar a otros líderes y recibir entrenamiento regularmente de un instructor de liderazgo externo e independiente.

El líder es un importante referente como modelo para el equipo de cuidadores, así como para los pacientes. Un líder caótico e indisciplinado fomentará el caos y la desidia del personal. Un líder colérico que no puede controlar su ira, generará miedo e intimidación en vez de contenerlo. Un adicto al trabajo y abnegado líder que no tenga mucho cuidado de sí mismo, no va a fomentar el cuidado para los cuidadores entre el personal, ver por ejemplo Kets de Vries (13). También, el líder tiene que servir como moderador en la resolución de conflictos. Si él es parte del problema, la junta directiva o un mediador externo deben

asumir este papel.

3. Filosofía del tratamiento, el ambiente de la curación y la cooperación del equipo

Debe existir acuerdo en los procedimientos de admisión y una filosofía común del tratamiento: un conjunto de herramientas estandarizadas de diagnóstico, tales como cuestionarios del trauma, un formato para la recolección de historias – médica, psicológica, familiar y social, historia del trauma; un consenso sobre qué tipos de intervención se aplicarán en qué situaciones. Los registros médicos y terapéuticos deben ser mantenidos cuidadosamente. Nuevas admisiones así como el proceso terapéutico de los pacientes, debería discutirse con regularidad semanal en conferencias de caso interdisciplinarias. Esto puede hacerse como la ronda en la sala de los hospitales, donde todos los pacientes son visitados cada vez, o puede ser al estilo de una conferencia con solo algunos - por ejemplo, el más difícil o urgente - casos que en un momento dado son discutidos en profundidad. Los temas de la conferencia de caso deben incluir el concepto del caso, los resultados diagnósticos, la situación social del cliente, las tensiones y los recursos posibles, la discusión de los métodos de tratamiento tales como la intervención en crisis, el asesoramiento, el tratamiento a corto o largo plazo, el tratamiento social, psiquiátrico y psicoterapéutico, fisioterapia, terapia de grupo, familia o comunidad (14,15). Además del número de sesiones de exploración para un nuevo paciente, evaluaciones periódicas del proceso terapéutico y el anticipo final de la terapia deberían ser discutidos. Las necesidades sociales y existenciales son a menudo las más urgentes para los supervivientes de la tortura. El apoyo social para encontrar un empleo, una vivienda, la construcción de una red social, conseguir asilo en el país de acogida, la enseñanza preescolar y escolar para los niños, la psicoeducación, la estabilización, la creación de confianza, etc. pueden tener prioridad y ser más apropiados en el comienzo que la terapia centrada en el trauma. Sin embargo, estas actividades de apoyo tienen que ser combinadas con otras intervenciones de ayuda psicoterapéutica (12).

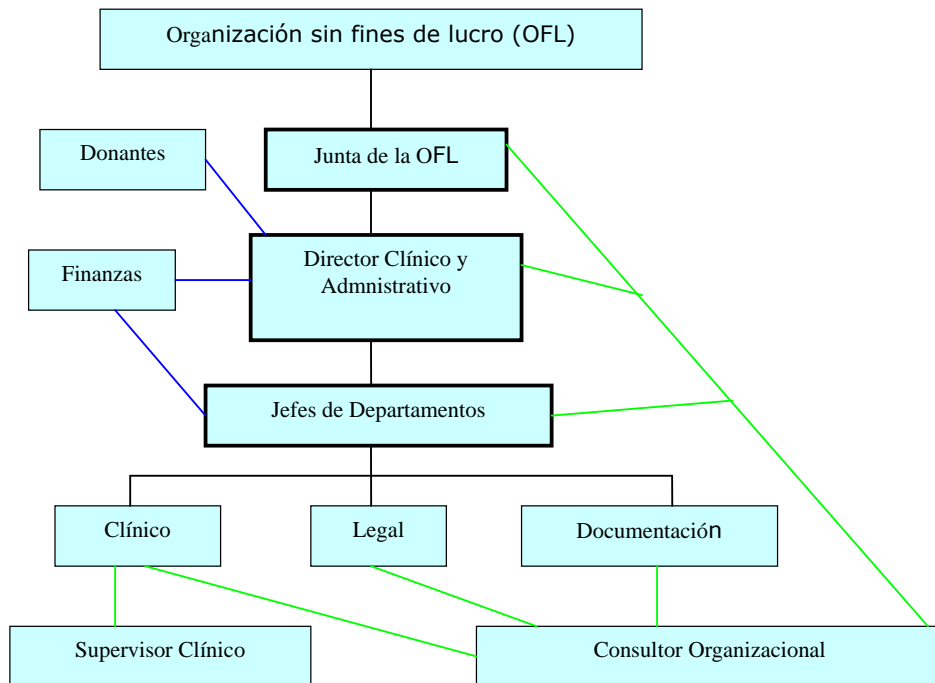
Generalmente varias personas trabajan con un paciente: el médico, el psicólogo, el trabajador social, la enfermera, el abogado, etc. Ellos deben mantenerse mutuamente al corriente; la mano derecha debe saber lo que está haciendo la izquierda. El mantenimiento concienzudo de los registros de información es importante a fin de asegurar el intercambio pertinente. Otro enfoque es la comunicación e intercambio regular de información entre los cuidadores a través de canales formales e informales. Jugadores de equipo serán mucho más eficaces y mucho más gratificante para trabajar con ellos que con guerreros solitarios y salvadores. A fin de asegurar el adecuado intercambio de información relevante, es importante la diligencia en el mantenimiento del registro. Otro enfoque es la comunicación regular y el intercambio de información entre los cuidadores a través de canales formales e informales. Un equipo de jugadores será mucho más efectivo y gratificante para trabajar que guerreros solitarios y rescatadores.

El ambiente y el interior de un centro deben tener un carácter acogedor, amigable y curativo. Un entorno degradado, un lugar deteriorado es generalmente señal de un estilo caótico, negligente y descuidado de trabajo. Además con recursos limitados y medios simples, tales como paredes bien pintadas, cortinas en colores agradables, habitaciones limpias, juguetes para los niños en la sala de recepción, se puede crear un ambiente donde los pacientes y el personal se sientan cómodos. Lo mismo ocurre con el estilo de comunicación: no se trata de lo que usted dice, sino "cómo" lo dice. Comienza con la persona que contesta el teléfono y el recepcionista en la admisión. ¿Se siente el paciente que es bienvenido o que es una molestia? Lo mismo ocurre con el tono entre el personal: existe una cultura de respeto mutuo, delicadeza y tolerancia o una cultura de competencia, envidia e intriga? (16)

4. Cuestiones de organización

En las organizaciones pioneras, normas y procedimientos operativos son a menudo considerados una molestia o un mal necesario. Llevan la mancha de burocracia alienante. Sin embargo, si están conformadas de acuerdo a las necesidades y tareas de un centro y creadas en base al consenso, hacen la vida más fácil, ahorran tiempo y energía, y facilitan la cooperación y comunicación. Los estatutos definen las metas, la misión y los grupos destinatarios del centro. Los reglamentos definen la forma como se llevará a cabo el trabajo diario. Estos, por ejemplo, establecen las horas de trabajo diario, un horario de servicio, quién está haciendo qué y en qué momento, así como algunos de los puntos antes mencionados, como los estándares de mantenimiento de registro, etc. Las descripciones del puesto de trabajo así como los contratos de trabajo estandarizados deberían ser preparados para cada miembro del personal, a fin de documentar de forma clara cuáles son sus tareas. Es útil elaborar un organigrama del centro (ver Figura 1) que ponga de manifiesto la jerarquía, quien es responsable ante quién, quién decide sobre qué, cómo debería dividirse el trabajo, quién es responsable y encargado de qué, ¿cuáles son los canales de decisión?, ¿cuáles son los canales de información y comunicación?. Las responsabilidades de los voluntarios deben estar claramente definidas y diferenciadas de las de los empleados permanentes.

Figura 1 – Muestra de organigrama



En algunas culturas puede no ser común poner los acuerdos y normas por escrito. El problema es que los acuerdos verbales tienden a ser olvidados, o pueden ser recordados de forma diferente por diversos participantes, de modo que después de un tiempo nadie recuerda exactamente lo que se acordó y no existe nada a lo cual referirse en el caso de la falta de disciplina o desacuerdo sobre la violación de reglas. Además, la administración del

tiempo puede variar según las culturas y las horas de reunión y los horarios de servicio pueden ser manejados con mayor flexibilidad. Sin embargo, esto causa frustración y fricción a menudo. Es una pérdida de tiempo y de recursos (es decir, dinero) cuando un equipo de cuidadores no puede empezar a trabajar porque tiene que sentarse a esperar a que aparezcan los rezagados en una reunión de equipo o en una conferencia de caso.

Como los médicos a menudo no están familiarizados con el presupuesto y las cuestiones administrativas, el centro debe emplear un director administrativo o - si no se dispone de recursos - al menos de un contador.

5. Junta directiva y patrón

Un centro de trauma debe tener una junta directiva que represente el cuerpo legal de la organización, ya sea una fundación, una organización de caridad o una asociación sin ánimo de lucro. Idealmente, la junta directiva consiste en expertos independientes de diversos trasfondos - la medicina, el mundo académico, el derecho, las finanzas, los negocios, la política, las artes, los medios de comunicación, etc. que por lo general, trabajan de forma voluntaria. Deberían ser personas influyentes, figuras representativas que tengan una posición en la sociedad, y que por lo tanto pueden dar apoyo moral y político al centro. Es particularmente importante en países con un régimen represivo, donde dichos miembros de la junta directiva pueden proteger un centro contra las amenazas y las agresiones de las autoridades estatales. Los miembros de la junta directiva no deben tener intereses en la empresa a fin de evitar conflictos de intereses, es decir, no mezclar y fusionar los papeles y niveles, tales como el director o miembros del personal que se encuentran en la junta al mismo tiempo. La junta directiva nombra y destituye al director, supervisa y controla el desempeño del personal y director, aprueba el presupuesto y el control de gastos. También tiene que actuar como moderador de conflictos, en caso que un conflicto no pueda ser manejado a nivel del personal y director. La experiencia en muchas organizaciones pioneras, muestra que el fracaso para superar la disfunción, la tensión y el conflicto se debe a una falta o mal funcionamiento de una junta directiva.

En algunos países no es común tener una junta directiva y es difícil encontrar expertos independientes que estén dispuestos a sacrificar tiempo y energía para este tipo de compromiso voluntario. En este caso algún tipo de patrón, un profesional con experiencia externa - posiblemente del extranjero - pueda ser capaz de apoyar y proteger a la organización.

6. El cuidado de los cuidadores

Este aspecto se ha descuidado a menudo en los años de fundación de los centros. El trabajo con supervivientes de tortura conlleva un alto riesgo de agotamiento y fatiga de la compasión. Gran parte del estrés laboral se deriva de elementos de trabajo ambiguos, descritos anteriormente. El estrés en los trabajadores se reduce enormemente si los problemas organizacionales antes mencionados, se abordan. Pero también en una organización saludable se necesita un contrapeso a los retos difíciles de este trabajo- en cada equipo hay una mezcla de elementos constructivos y destructivos. Los líderes y los compañeros deberían estar atentos de sus colegas que muestran signos de agotamiento y cansancio. Es vital preservar y promover una vida normal fuera del trabajo donde uno puede relajarse y regenerarse. Es necesario proteger la esfera privada de la vida, los hijos y familia de los duros y pesados temas en relación al trabajo. Los colegas que trabajan hasta tarde y los fines de semana, llevándose el trabajo a casa, no toman sus vacaciones completas, dejando a un lado los amigos, familia y aficiones, los colegas que están

obsesionados y nunca dejan de hablar del trabajo, deberían que hacer sonar la alarma. Es importante disponer de facilidades a nivel organizativo como tomar un descanso del paciente o trabajos de promoción por un tiempo, por ejemplo, mediante la toma de "días de salud mental", un año sabático, realizar investigación, docencia, publicaciones, participación en la formación profesional continua, la rotación a otros campos por un tiempo, o la reducción de las horas de trabajo por un trabajo a tiempo parcial. Esto puede crear distancia, espacio y tiempo para el procesamiento y la reflexión.

En su vida privada, los cuidadores suelen tener una amplia gama de recursos para el auto-cuidado y protección, estrategias de supervivencia que los líderes deberían alentar (ver Tabla 3). La Fundación de Derechos Humanos de Turquía identifica como factor de agotamiento, la incapacidad de encontrar tiempo para hacer vida social externa y no ser capaz de desarrollar una identidad más allá del trabajo. Esta recomienda a los cuidadores trabajar a tiempo parcial y preocuparse por su propia estabilidad: es decir, dormir bien, tener una dieta bien equilibrada, practicar deportes, consumir menos cafeína y participar en actividades sociales. Por último abogan por la supervisión continuada que ayuda a definir claramente el papel entre el cuidador y el superviviente de la tortura, vigilando los procesos de identificación, transferencia y contra-transferencia (17).

De hecho, la supervisión es un elemento clave del auto-cuidado, ya que ayuda a evitar que los cuidadores se sumerjan en el trabajo, perdiendo la distancia profesional y quedando demasiado atrapados. Un programa de atención a los cuidadores en relación a la cultura y las necesidades específicas del personal debe estar diseñado y establecido en los estatutos (18).

Los cuidadores deben ser conscientes del hecho que sirven como modelo a seguir para sus pacientes. Los supervivientes de la tortura se esfuerzan para recuperar cierta normalidad en sus vidas, para re-ganar la capacidad para celebrar, reír, amar y encontrar el placer en la vida, como contra-parte a la oscuridad de su experiencia traumática. Si el centro es un lugar seco, gris, sin sentido del humor y de profesionales que se abstienen de los placeres de la vida normal y sacrifican todo su tiempo y energía solamente en la lucha contra el mal, no van a alentar a sus pacientes en este esfuerzo.

7. Supervisión

Escuchar relatos de tortura es un reto que ningún cuidador puede o debe llevar solo sobre sus hombros. Es necesario que sea compartido con los demás: con sus colegas sobre una base diaria, y de vez en cuando con un supervisor clínico externo. La supervisión clínica es considerada hoy en día, como un estándar en la atención médica, psiquiátrica y psicosocial. ¿Qué es la supervisión clínica? La palabra supervisión, en el sentido original anglosajón, significa monitorear, controlar y dirigir y se asocia con la función de un líder. Un supervisor clínico no es un director, ni un ejecutivo, es un consultor externo, normalmente un terapeuta con experiencia, que asesora y ayuda a los cuidadores (los supervisados) para mejorar la calidad de su trabajo. La supervisión facilita el desarrollo de las personas y organizaciones, mira a los aspectos personales interactivos y organizacionales y ayuda a mejorar la comunicación y cooperación en un equipo de cuidadores. Se trata de una reflexión compartida sobre los problemas que surgen durante la terapia y el trabajo en equipo y es una búsqueda conjunta de soluciones. La supervisión no es la instrucción, formación y educación de una persona supervisada por un supervisor.

Supervisión individual

La configuración es de uno para uno. Un supervisor y un supervisado, o un par de supervisados, como un trabajador social y un psicólogo, que trabajan con el mismo

paciente. El supervisado presenta su caso, y el problema para el cual está buscando consejo del supervisor. Además de la supervisión del caso, también se puede impartir enseñanza individualizada como un apoyo al estrés en el trabajo, relativo a la organización y el desarrollo personal profesional.

Supervisión de un grupo de caso

La supervisión de un grupo es mejor para los cuidadores que trabajan independientemente uno de otro, por ejemplo médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, que se relacionan con pacientes diferentes y provienen de diferentes organizaciones. El tamaño ideal de un grupo es de entre 4 y 7 cuidadores. Una ventaja de la supervisión de grupo es el apoyo mutuo de los supervisados como grupo de pares, lo que los hace menos dependientes de un supervisor. Eso también permite la aplicación de técnicas multifuncionales tales como juegos de rol y de reflejo. También puede aplicarse este tipo de supervisión a un equipo.

Supervisión de equipo

En la supervisión de equipo, el supervisor asesora en una institución al equipo de cuidadores que quieren trabajar en problemas de comunicación, cooperación, tensiones y conflictos en el equipo. La atención se centra menos en la discusión de casos, sino más bien en las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo, clima laboral, jerarquías, competencia, alianzas y lucha de facciones. La supervisión del equipo puede ayudar a desarrollar una cultura creativa y productiva de resolución de conflictos.

Consulta de organización

En este caso, el líder de una organización contrata a un consultor para que trabaje con el equipo en la gestión de cuestiones relativas a la estructura y la cultura, metas y estrategias, así como la identidad corporativa. Se enfoca en aclarar y mejorar la división del trabajo, asignación de tareas y competencias, procedimientos operativos, decisiones y líneas de comunicación, clara definición de las jerarquías, cual es la autoridad del director, quién es responsable ante quién. Los problemas que surgen en la supervisión individual, del grupo o del equipo suelen estar relacionados con deficiencias estructurales y en parte pueden ser resueltos por la transformación de la organización con la ayuda de un consultor especializado.

Reglas básicas de la supervisión, enseñanza y consulta

El supervisor debe ser un especialista externo e independiente, que no tenga ninguna conexión personal con los supervisados y que no dependa de ninguna manera de la organización, por ejemplo como empleado permanente. Sólo desde la posición de un externo imparcial, podrá juzgar profesionalmente y supervisar los problemas que surjan y los procesos de supervisión. Un director o un miembro del personal no pueden ser simultáneamente supervisor de sus colegas, con los que está estrechamente relacionado tanto personal como profesionalmente.

Todas las cuestiones compartidas durante la supervisión son estrictamente confidenciales, ya que se puede tratar de datos sensibles médicos y psicológicos de los pacientes, así como los problemas personales de los cuidadores. La supervisión requiere la confianza mutua y la aceptación de los supervisados y del supervisor. Por lo tanto, al principio se deberían realizar algunas sesiones de prueba, en las que ambas partes pueden decidir libremente si coinciden

y quieren trabajar con los demás.

Los supervisados y supervisores deberían de tratarse entre ellos con respeto, atención y demostrarse reconocimiento mutuo de sus trabajos. Las sugerencias y la crítica no se expresan de manera despectiva o sancionadora, no hay un "correcto" o "erroneo" absoluto, y la meta es la reflexión compartida y el aprendizaje.

Un acuerdo sobre las reglas de la frecuencia y duración de la supervisión, el mandato del supervisor, y los honorarios del supervisor, debe ser establecido en un contrato entre la organización empleadora, el supervisor y los supervisados (19,20).

Parte II – Estrés Laboral en los Centros de Trauma

1. Introducción

El trabajo con supervivientes de la tortura es una tarea muy desafiante y conlleva algunos riesgos para los cuidadores. Hay numerosos estudios que demuestran un alto grado de agotamiento y estrés relacionado con el trabajo de los cuidadores que ejercen en el campo del trauma (21-25). Estas circunstancias fueron oficialmente ignoradas o vistas como un problema marginal en los primeros años de la red del IRCT, aunque era obvio como estaba afectando el desempeño del personal y la calidad del trabajo.

Los miembros del Consejo del IRCT, June López, Elizabeth Marcelino y otros, conversaron por primera vez en 1994 sobre temas de contra-transferencia y el cuidado de los cuidadores, en un Taller Internacional de Consulta en Terapia y temas de investigación en el Cuidado de Supervivientes de Tortura, celebrado en la ciudad de Tagaytay, en Filipinas (26). En el VIII Simposio Internacional del IRCT en Nueva Delhi, India en 1999, varios oradores informaron en una sesión de la atención a los cuidadores en situación de crisis nerviosas, depresión, retraimiento y ansiedad entre los miembros del personal de sus centros como consecuencia de las tensiones extremas que deben soportar. Como medios de prevención, recomendaban el cuidado mental regular y la supervisión de los cuidadores (27). Desde entonces ha habido una creciente conciencia de que algo había que hacer; durante el IX Simposio Internacional del IRCT en Berlín 2006, temas como traumas secundarios, el cuidado de los cuidadores y la supervisión clínica fueron claves. (28) Desde entonces, algunos centros del IRCT han buscado la supervisión periódica y consulta organizacional para sus equipos, lo que resulta en una mejor resolución de conflictos, reducción del estrés, mejora del clima laboral, satisfacción en el trabajo, y mejores resultados (29).

Los estudios anteriormente citados se centran principalmente en el individuo a nivel personal, la dinámica entre el cuidador y el paciente. Algunos describen como el material traumático "contagioso" puede ser transmitido al terapeuta; lo llaman "traumatización secundaria o indirecta" (22), "fatiga de la compasión" (21) o "estrés traumático secundario" (25). Lilla Hardi de la Fundación Cordelia declara: "escuchar es la característica más importante de la empatía, y por el hilo de esta empatía, el trauma se entromete en el inconsciente del cuidador. Por eso, nosotros sobrevivimos al trauma `en vez del paciente`. Podemos detectar los síntomas más moderados del trastorno de estrés postraumático en nosotros mismos: Ansiedad, depresión, impotencia, recuerdos, la alienación de la vida "normal", episodios disociativos, pensamientos paranoicos, el cinismo, el pesimismo, el rol extendido del ayudante, la sobre-identificación con la víctima ira/duelo, la identificación con el agresor, sentimientos de culpa, hipervigilancia, la disfunción social, la desconfianza, el pánico existencial."(30)

Los estudios recientes demuestran que el ambiente socio-político, así como los defectos estructurales y organizativos, también son una importante fuente de estrés laboral (31-33) y sugieren cómo la transformación de la organización puede mejorar la motivación y el rendimiento de los cuidadores.

La Fundación de Derechos Humanos de Turquía (HRFT) informa de una serie de factores ambientales que causan estrés laboral: el empeoramiento del estado de los supervivientes durante el tratamiento debido a la amenaza de volver a ser detenido, las pobres condiciones de vida de los supervivientes, las expectativas desarrolladas por lo supervivientes mas allá de lo que puede ser proporcionado por el cuidador, el aislamiento social de los supervivientes y el cuidador, asalto físico y la intimidación de los cuidadores por las autoridades estatales. Como resultado, los cuidadores sufren de fatiga, soledad, falta de confianza, pérdida de motivación, alienación, sentimientos de culpa, incapacidad, inutilidad, impotencia y rabia que aceleran un proceso de agotamiento (17).

Gurriss en sus estudios en centros de trauma para refugiados en Alemania, identificó como

fuentes de estrés laboral: la extrema experiencia traumática de los pacientes, las traumáticas condiciones de vida de los refugiados, los conflictos con el equipo y la gestión y poco éxito en el tratamiento con los pacientes.

Él diseñó un modelo en el que el éxito del tratamiento es el factor básico. Cuidadores que creen que el proceso de trauma es importante, pero que logran resultados mínimos o nulos, son significativamente más vulnerables al estrés laboral y son sensibles a los procesos destructivos y frustrantes del equipo. También señala que las experiencias personales traumáticas de los terapeutas puede tener un efecto positivo y negativo en el tratamiento. Los cuidadores que no terminaron su formación psicoterapéutica son muy vulnerables a los efectos negativos (véase también el capítulo 3 "Trauma del cuidador...") (34,35).

2. Cultura de los centros de trauma y problemas estructurales

En los últimos 25 años los centros para el tratamiento de las víctimas de la tortura en la red de IRCT se fundaron en su mayoría por grupos de muy dedicados activistas de derechos humanos y profesionales. Los fundadores tienden a ser personajes carismáticos muy fuertes, los pioneros de un nuevo campo con capacidad empresarial y sentido misionero, que les permitió construir y defender sus organizaciones frente a las burocracias reacias y la reinante actitud de negación e indiferencia de la sociedad. Sin su pasión, afán, entusiasmo y aguante, estos centros nunca habrían tenido éxito. Los fundadores no se preocuparon de las reglas tradicionales y transmitidas y formalidades sobre la forma de dirigir una organización en sus sociedades. Por el contrario, como disidentes y rebeldes, ellos rechazaron estos e inventaron nuevos modelos. El pionero, base de la cultura que dieron forma, el idealismo y entusiasmo que ellos propagaron con el fin de inspirar a su personal, creó una particular atmósfera de "luna de miel": un clima de trabajo amistoso, relaciones informales y poco énfasis en la supervisión y la rendición de cuentas. Este fenómeno de la "luna de miel" puede durar varios años y funcionar bastante bien, siempre que la organización mantenga su tamaño y programa original (33). En sus estudios sobre las organizaciones sin fines de lucro, los sociólogos han encontrado que el crecimiento de la organización y la diversificación de tareas requieren más divisiones de trabajo y habilidades de gestión en una organización. Esta transición inevitable, de la cultura pionera hacia la cultura profesional de gestión, suele ser muy dolorosa y va acompañada generalmente de una crisis (36,37). Los anteriores fundadores carismáticos, cualidades esenciales en la creación de la organización, puedan convertirse en obstáculos, al considerar los problemas de gestión como una molestia. Para ellos, estas cuestiones pertenecen al mundo del mal de las instituciones establecidas y de las burocracias estatales represivas y alienantes. Criados en una lucha contra la represión estatal, ellos rechazan toda jerarquía y crean una dicotomía entre una cultura de "gestión fría" en el mundo externo, y una cultura del "corazón sangrante" en el mundo interior del movimiento de derechos humanos. Para ellos, las reglas y procedimientos estándares significan la coacción y la pérdida de autonomía. Por estas razones, ellos obstaculizan a menudo la transformación de su organización en una institución de atención médica administrada profesionalmente.

A pesar de que llevan la democracia y la igualdad en sus pancartas, algunos de los fundadores carismáticos tienen problemas con la disidencia. Son luchadores totalmente convencidos de sí mismos y de su misión, y que poseen un grado de auto-importancia y un sentido de la singularidad que les hace actuar con poca tolerancia en relación a dudas o la crítica desde sus propias filas.

Esto pone de relieve un problema específico que es típico de las organizaciones de derechos humanos. Uno de los patrones de unión de los fundadores de las organizaciones de derechos humanos y los centros de trauma es la lucha contra la jerarquía procedentes de la lucha contra el despotismo y la dictadura. Por eso, desde su percepción, cualquier tipo de jerarquía, ejercicio del poder y el liderazgo en sí es algo peligroso y lleva la mancha de los

abusos y la represión. Sin embargo refiriéndose a lo que era y ahora es: una fuerza natural y positiva en la lucha política puede no ser apropiada en un ambiente del cuidado de la salud y terapéutico. En cada grupo de seres humanos surgen las jerarquías: los mayores versus los jóvenes, los profesionales más capacitados y experimentados frente a los principiantes, los académicos versus los no académicos, etc. Después de un tiempo en el espacio aparentemente libre de un equipo igualitario, los titulares de poder informal surgen inevitablemente, por ejemplo, los que están siendo más elocuentes, hablan más fuerte y más tiempo que los más silenciosos y modestos. El surgimiento informal del poder en un ambiente libre de jerarquía, conlleva un mayor riesgo de abusos formales de poder en comparación a un ambiente estructurado con un definido conjunto de reglas y roles. El poder informal opera en la oscuridad. Es intocable, no transparente, no integrado en un sistema de reglas y no rinde cuentas a los organismos independientes, tales como una junta directiva o agente de control. Por lo tanto, el abuso del poder informal es mucho más difícil de detectar y desvelar que el abuso en un entorno de poder público formalmente controlado. El mito de un entorno sin jerarquías ignora el hecho de que una jerarquía benigna tiene una función protectora, en el sentido de una buena crianza. Padres protegen a los niños más pequeños en contra de sus hermanos mayores, como un líder protege a los más débiles o a los jóvenes miembros del equipo contra los dominantes (33).

Otro problema inherente en este campo es la tensión procedente de la extrema polarización entre el agresor y la víctima. En la labor anti-tortura, la persona trata con un enemigo externo muy despiadado y poderoso - el torturador. En cada sesión de terapia y asesoramiento la sombra del torturador está más o menos presente en el paciente. Esto puede tener un impacto fuerte en los equipos y organizaciones. Por un lado, el enemigo externo representa una intensa fuerza vinculante dentro de la organización. Sin embargo, puede fomentarse una visión del mundo blanco y negro, una tendencia a ver el mundo externo como algo malo y hostil e idealizar el mundo interno del equipo como armonioso y bueno ("ellos" frente a "nosotros"). En este contexto, la disidencia interna es fácilmente identificada como una amenaza y traición. Esto puede representar un reflejo de la relación cuidador-paciente. La miseria y el sufrimiento de una víctima provocan fuertes sentimientos de empatía en un cuidador. Estos sentimientos están relacionados con las altas expectativas morales en un cuidador, es decir espera de si mismo estar del lado de la víctima (ser "bueno"). Los impulsos egoístas ("malos"), como luchar por una carrera exigiendo un buen sueldo, tomando las vacaciones al completo, evitando hacer horas extras y que no por esto, tienden a ser escindidos y reprimidos. Hay una fuerte presión para identificarse con la víctima y la causa. Sin embargo, víctimas/pacientes pueden ser más exigentes, agresivos y explotadores para los cuidadores. En los procesos de transferencia y contra-transferencia durante la terapia, el paciente puede cambiar a la posición del agresor y el cuidador al de la víctima. Esto puede ser reflejado en un proceso paralelo dentro del equipo del cuidador, en los momentos en que los conflictos internos son tratados e interpretados en línea con el estereotipo agresor/víctima (por ejemplo: líder, potente, culpable ("malo") versus empleado, indefenso, inocente; ("bueno")). Acusar a alguien de comportarse como un agresor en un conflicto de equipo - lo que no sucede casi nunca - puede dañar seriamente y condenar al ostracismo a esta persona. La Tabla 1 muestra el déficit estructural más común como fuentes de estrés laboral (33).

Tabla 1: Deficiencias estructurales en las organizaciones con altas tensión y nivel de conflicto

Falta de mantenimiento de los límites
Sobre identificación con los pacientes, falta de distancia profesional
Falta de una gestión profesional y de un buen liderazgo
Los líderes informales están involucrados en batallas
El mito del equipo igualitario
Torpe y largo proceso de toma de decisiones

Difusión de funciones y competencias
"Ambulance chasing" o ajetreadas intervenciones y actividades descoordinadas
Falta de estándares de calidad profesional
Formación insuficiente o no terapéutica
Falta del concepto terapéutico
La supervisión clínica no existe o es sólo esporádica
Recreación del mundo traumático de los pacientes
No hay entrenamiento para los líderes
Adicción al trabajo, insuficiente o inexistente sacrificio, el auto-cuidado
Sin junta directiva, o fusión de la junta directiva, gerencial y personal, dando lugar a conflictos de interés

Lilla Hardi hace eco de algunos de estos descubrimientos en su documento sobre atención a los cuidadores: "Llegando a ser traumatizado por la historia traumática del paciente, el cuidador moviliza sus mecanismos de defensa primitivos o inmaduros como resultado de la regresión."El rechazo resulta en desconfianza, la proyección puede dar lugar a la imagen distorsionada del "gobierno como el enemigo." Si el cuidador se sobre identifica también con la víctima o con el agresor, él podría dividir el mundo que nos rodea en "ayudantes" y "enemigos". El reconocimiento y la elaboración de nuestro comportamiento regresivo con defensas maduras son las mejores "herramientas psicológicas" para manejar el proceso de una manera sana, la sublimación (productiva o actividad creativa) y el humor, representan el mejor límite o "guardias de fronteras" en esta situación.... Pertener a un equipo es una gran ayuda, contar con su apoyo y crítica. Tiene una función de contenedor, compartiendo la carga de los traumas. Los colegas son los mejores límites/guardias de fronteras" (30).

3. Trauma del cuidador - recursos y riesgo

El treinta y un por ciento de los cuidadores entrevistados en el estudio de Pross y Schweitzer (33) informaron sufrir una historia de trauma. Cifras similares se encontraron en otros estudios sobre los cuidadores que trabajan en el campo de trauma (23, 34, 38). Estos terapeutas pueden ser más empáticos que los "no afectados" (véase la Parte I, capítulo 1). Todavía esta hipótesis no se han demostrado empíricamente (39) y lo contrario se puede argumentar: Que los terapeutas afectados se arriesgan a ser atrapados y sobre-identificados con los pacientes, perdiendo objetividad profesional y transmitiendo su propio trauma a los pacientes y colegas. Varios estudios demuestran que los traumas no resueltos del cuidador, puede ser un factor de gran riesgo para los conflictos del equipo y el trabajo relacionados con el estrés, a menos que se haya trabajado y resuelto en algún tipo de proceso de conocimiento de sí mismo durante la formación terapéutica (33-35,40). La Fundación de Derechos Humanos de Turquía señala que un cuidador que ha experimentado un trauma similar al del superviviente de la tortura, puede encontrarse identificándose con el superviviente, lo que podría desencadenar en el cuidador los síntomas postraumáticos (17).

4. Reconstrucción del trauma

El ambiente en las organizaciones con las deficiencias estructurales antes mencionadas, está conformado por una recreación del mundo traumático de los pacientes, creando un clima general del miedo y persecución, fantasías acerca de la presencia de los servicios secretos, las relaciones víctima-agresor y la obsesión con la violencia, y la conducta de la división (por ejemplo; la categorización de los colegas en términos de buenos y malos, amigos y enemigos). Por otra parte, se puede dar un clima de intolerancia y dogmatismo, semejante

a la cultura sectaria, unido a las relaciones abusivas de la denigración, la calumnia, la victimización, los chivos expiatorios y la expulsión de los disidentes. Un entorno caótico no estructurado e impredecible en la organización, refleja el mundo traumático de los pacientes con una ausencia total de estructura y control, semejante al que existe cuando la víctima se encuentra a merced del agresor (33).

5. Prevención del estrés laboral

Aunque algunas de las anteriormente mencionadas fuentes de estrés son un elemento intrínseco del trabajo contra la tortura, hay maneras para contener y hacerles frente, a fin de reducir los niveles de estrés. Los cuidadores refieren una amplia gama de recursos y actividades gratificantes que les permiten hacer frente a los desafíos de este trabajo.

Los siguientes recursos y estrategias de afrontamiento se mencionan a menudo por los terapeutas: la historia personal del trauma (trabajar a través de la formación terapéutica), la empatía con los pacientes, la lucha contra la injusticia, el activismo político, el apoyo, el trabajo de los medios de comunicación, la recaudación de fondos, la satisfacción en el trabajo del paciente, el apoyo de los colegas y el intercambio, la formación profesional continua, la investigación, las publicaciones, la docencia, el enseñar metas realistas, una perspectiva pragmática, la ausencia de dogmas, y estar libre de presiones morales.

Como estrategias específicas de auto-cuidado, mencionan entre otras; la reducción de compromiso mediante un trabajo a tiempo parcial, la rotación por otros campos profesionales, "días de salud mental" y preservar el sentido del humor como antídoto a la intrínseca oscuridad (ver Tabla 2) contenida en este trabajo.

En instituciones con bajos niveles de tensión y conflicto, los líderes apoyan y fomentan estas estrategias de auto-protección (33). Sakvitne y otros han creado módulos de formación para estrategias de auto-cuidado sobre la base de muchos de los mismos recursos (41). Reddeman desarrolló conceptos similares (42).

La Tabla 2 muestra los recursos y medios de prevención del estrés relacionado al trabajo, los que fueron desarrollados por los cuidadores para hacer frente a los retos en su trabajo (14,30,35,41,43,44).

Tabla 2.- Recursos de los cuidadores y marco para el auto-cuidado

Evitar el exceso de trabajo
Limitar la carga de trabajo
Mantener un equilibrio entre la empatía y la distancia profesional
No llevar trabajo a casa
Regularmente tener tiempo para "días de salud mental"
Compartir los problemas relacionados con el trabajo con los colegas, supervisor o instructor
Encuentros del equipo en los que sean discutidos los nuevos proyectos y estrategias a largo plazo
Objetivos realistas, pragmatismo, menos idealismo y grandes fantasías "salvador del mundo"
Trabajo de incidencia política
Prioridad de la profesionalidad sobre la política
Formación profesional continuada
Oportunidades para la realización de sabáticos de investigación y formación
Aprender como protegerse para no ser engañado por los que fingen
Tiempo para aficiones y ocio
Tiempo para familia y amigos
Música, arte, literatura, películas, teatro

No perder el sentido del humor
Deporte, naturaleza
Practicar juegos
Meditación, técnicas de relajación
Perspectivas espirituales y filosóficas
Tener cuidado con las drogas, alcohol, cafeína, tabaco
Compartir con el equipo; cultura, fiestas, juntarse a cocinar, viajes de fines de semana
Protección y cuidado por los líderes según una buena crianza
Reconocimiento de la sociedad, el apoyo por "celebridades" tales como artistas y creadores de opinión

6. Normas para la estructura

Como resumen de todos los conceptos antes mencionados, las siguientes normas para la estructura de la organización pueden servir como una guía (ver Tabla 3).

Tabla 3 - Estándares para la estructura de un centro de trauma (33)

Un buen liderazgo claramente conforme al principio de buena crianza
Delegación de tareas y responsabilidades
Clara definición de roles y competencias
Líneas transparentes de la toma de decisiones y rendición de cuentas
Participación del personal según la competencia profesional
Discusiones regulares de caso
Horas fijas de trabajo, horario de servicio, gestión del tiempo
Canales fijos para el intercambio de información, sistema de comunicación interna
Estatutos y reglas internas de procedimiento, descripción de puestos
Evaluaciones periódicas de gestión del personal
Mantenimiento de límites
Claros procedimientos de admisión
Limitación de carga de casos
Explicar las posibilidades y los límites al paciente – trabajando con transparencia y con el consentimiento informado se reduce la frustración causada por altas expectativas
Cuidadosa selección de nuevo personal y líderes (considerando el carácter y credenciales profesionales)
"Afectación", por ejemplo la historia personal de un trauma no es una calificación en sí misma
Formación terapéutica para cuidadores incluyendo la auto-conciencia
Formación profesional extensiva y permanente (aprendizaje de nuevos métodos)
Filosofía de tratamiento común, concepto terapéutico
Supervisión clínica externa
Formación y gestión de la formación de líderes
Programa de cuidado para cuidadores
Monitoreo de la organización y del líder por la junta directiva, compuesta de expertos independientes los que no tienen conflictos de intereses

7. Observaciones finales

Muchas de las dificultades mencionadas en los equipos y organizaciones relacionadas con la rehabilitación de la tortura, son inherentes en este trabajo. Estas dificultades tienden a surgir de repente y de forma inesperada en un período pionero de felicidad y gratificante euforia. Esto causa sentimientos de shock, ansiedad, fracaso y desilusión.

La transición de una institución informal, de ambiente familiar, de cultura pionera, hacia otra más profesional, está generalmente acompañado por la fricción y la turbulencia, aunque no necesariamente conduce a la organización a la decadencia y la desintegración.

Es una parte necesaria e inevitable en la construcción de la organización y su desarrollo. Toda crisis ofrece una oportunidad. Teniendo esto en cuenta, se puede reducir la ansiedad y aumentar la resistencia al estrés y la paciencia. La supervisión del equipo y del caso, así como la consulta organizacional y la capacitación por consultores externos, pueden ayudar a resolver estos problemas, consiguiendo poner la organización en marcha de nuevo y hacer el trabajo más gratificante y satisfactorio.

Los centros de trauma se supone que son los lugares de refugio, un refugio seguro para los pacientes que han sufrido el horror y la destrucción y han visto la ruptura total de su entorno familiar. Las víctimas de las atrocidades humanas, tales como la tortura y la violencia sexual, a menudo han perdido su confianza básica en la humanidad. Para ellas, ya no hay nada benigno en el mundo. Estando a merced del agresor, ellas han experimentado arbitrariedades extremas, la total ausencia de estructura, y la total imposibilidad de controlar o predecir lo que podría pasar con ellos; lo que lleva a la inseguridad, la ansiedad y la desorientación. El terapeuta individual no puede reparar todo el daño con solo la relación paciente-terapeuta. Se necesita el apoyo de un equipo de colegas en empatía, y la protección y el apoyo de un líder competente y experimentado además de supervisor clínico externo. Cierta cantidad de reconstrucción del trauma por los cuidadores y los equipos es inevitable y puede ser una fuente valiosa para la comprensión de los problemas de los pacientes. De similar importancia es que la organización como un todo debe proporcionar un ambiente de apoyo a la curación, seguridad y protección para sus pacientes. Se les debe de dar la oportunidad de recuperar el control sobre sus vidas. Esta es la razón por la cual una estructura estable y clara son de vital importancia para el bienestar de los pacientes y cuidadores. Por contrario, deficiencias en la estructura y un ambiente caótico, fomentan la tensión y el conflicto en los equipos, y trastornan una organización. Además, reducen la capacidad de ayudar a los cuidadores, lo que en última instancia es perjudicial para los pacientes torturados (33).

Referencias

1. Moore SD, Slife BD. The Self-Awareness process in the effective psychotherapist. In: Annual Convention of the South-Western Psychological Association (33rd New Orleans, LA). New Orleans, LA: 1987. p. 1-15.
2. The International Transactional Analysis Association [Internet]. Available from: <http://www.itaa-net.org/resources/>
3. Horowitz M. Stress Response Syndromes: Character Style and Dynamic Psychotherapy. Arch Gen Psychiatry. 1974 Dec;31(6):768-781.
4. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative exposure therapy: a short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. 1st ed. Göttingen/Cambridge: Hogrefe; 2004.
5. Liedl, A, Schäfer, U., Knaevelsrud C. Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen. 1st ed. Stuttgart: Schattauer; 2010.
6. Cienfuegos AJ, Monelli C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. The American journal of orthopsychiatry. 1983;53(1):43-51.
7. van Dijk JA, Schoutrop MJA, Spinhoven P. Testimony therapy: treatment method for traumatized victims of organized violence. American journal of psychotherapy. 2003 Jan;57(3):361-73.
8. Ahmad S. The Healing Power of Storytelling. In: Graessner S, Gurriss N, Pross C, editors. At the side of torture survivors: treating a terrible assault on human dignity. Baltimore: JHU Press; 2001. p. 112-125.
9. Boia EJ. Psychotherapie mit Kindersoldaten in Mosambik: auf der Suche nach den Wirkfaktoren. 1st ed. Maastricht: Shaker; 2007.
10. Curling P. The effectiveness of empowerment workshops with torture survivors. Torture. 2005;15:9-15.
11. Manneschmidt S, Griese K. Evaluating psychosocial group counselling with afghan women: is this a useful intervention? Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture. 2009 Jan;19(1):41-50.
12. Droždek B, Wilson JP. Uncovering: trauma-focused treatment techniques with asylum seekers. In: Droždek B, Wilson JP, editors. Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. New York: Brunner-Routledge. 2004. p. 243-276.
13. Kets de Vries MFR. Leaders, Fools and Impostors: Essays on the Psychology of Leadership. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey Bass; 1993.
14. Gurriss NF, Wenk-Ansohn M, Maercker A. Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: Maercker A, editor. Posttraumatische Belastungsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2009. p. 477-499.
15. Wenk-Ansohn M. Treatment of torture survivors - influences of the exile situation on the course of the traumatic process and therapeutic possibilities. Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture. 2007 Jan;17(2):88-95.
16. Aroche J, Coello M. Ethnocultural considerations in the treatment of refugees and asylum seekers. In: Droždek B, Wilson JP, editors. Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. New York: Brunner-Routledge. 2004. p. 53-80.
17. HRFT (Human rights foundation of Turkey). Care for caregivers [Internet]. T. 2002;:7. Available from: www.ircct.org
18. Cottrell D. Supervision. Adv. Psychiatr. Treat. 1999;5:83-88.
19. Lansen J, Haans T. Clinical Supervision for Trauma Therapists. In: Droždek B, Wilson JP, editors. Broken Spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. Brunner-Routledge; 2004. p. 317-354.
20. Elizabeth L. Holloway. Clinical supervision: a systems approach. 1st ed. Thousand Oakes: 1995.
21. Figley CR. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23. 1st ed. Philadelphia: Brunner/Mazel; 1995.
22. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. Journal of Traumatic Stress. 1990 Jan;3(1):131-149.
23. Kassam-Adams N. The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In: Stamm BH, editor. Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. Baltimore: The Sidran Press; 1995/1999. p. 37-48.
24. Lansen J. What does this work do to us? In: Graessner S, Gurriss N, Pross C, editors. At the side of torture survivors: treating a terrible assault on human dignity. Baltimore: JHU Press; 2001. p. 198-211.

25. Stamm BH. *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*. 1st ed. Baltimore: Sidran Press; 1999.
26. Pagaduan Lopez JC, Elizabeth Protacio Marcelino. Torture survivors and caregivers: proceedings of the International Workshop on Therapy and Research Issues. In: *Proceedings of the International Workshop on Therapy and Research Issues*. Quezon City: Center for Integrative and Development Studies, University of the Philippines and the University of the Philippines Press; 1995. p. 357.
27. Westcott S, editor. Care for caregivers. In: *Torture – A Challenge of the Health, Legal and Other Professions. abstracts of papers presented at the VIIIth International Symposium*. New Dehli: 1999. p. 121.
28. Schweitzer S (comp), editor. Providing reparation and treatment, preventing impunity. In: *IX IRCT International Symposium on Torture*. -. Copenhagen: IRCT; 2006. p. 32.
29. Cordelia-Foundation. Care for caregivers: self care strategies and other methods for work, care and carehandling. *Torture*. 2007;17(2):175-177.
30. Hardi L. Workplace Wellness, Care for Caregivers - Hungarian experiences with the caregivers of refugees.
31. Smith AJM. Listening to trauma. Therapists' countertransference and long-term effects related to trauma work. 2009;:189.
32. Pross C. *Verletzte Helfer. Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen*. 1st ed. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag; 2009.
33. Pross C, Schweitzer S. The Culture of Organizations Dealing With Trauma: Sources of Work-Related Stress and Conflict. *Traumatology*. 2011 Jan;16(4):97-108.
34. Gurriss NF. Stellvertretende Traumatisierung und Behandlungseffizienz in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. 2005;
35. Deighton RM, Gurriss N, Traue H. Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of traumatic stress*. 2007 Feb;20(1):63-75.
36. Heimerl-Wagner P, Meyer M. *Handbuch der Nonprofit Organisation: Strukturen und Management*. In: Badelt C, Meyer M, Simsa R, editors. *Handbuch der Nonprofit Organisation: Strukturen und Management*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 1999. p. 209-240.
37. Zauner A, Simsa R. *Konfliktmanagement in NPOs*. In: *Handbuch der Nonprofit-Organisation: Strukturen und Management*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 1999. p. 405-418.
38. Wilson JP, Thomas RB. *Empathy in the treatment of trauma and ptsd*. 1st ed. New York: Brunner-Routledge; 2004.
39. Munroe JF. Ethical issues associated with secondary trauma in therapists. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. In: *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*,. Luthersville: Sidran Press; 1995. p. 211-229.
40. Jurisch F, Kolassa I-T, Elbert T. Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2009;38(4):250-261.
41. Saakvitne KW, Gamble S, Pearlman LA, Lev BT. *Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*. 1st ed. Baltimore: The Sidran Press; 2000.
42. Reddemann L. Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*. 2003;1(1):79-85.
43. Birck A. Secondary Traumatization and Burnout in Professionals Working with Torture Survivors. *Traumatology*. 2001 Jun 1;7(2):85-90.
44. Smith AJM, Klein WC, Stevens JA. "en wij proberen te luisteren . . ." Reacties van therapeuten op traumatische ervaringen van hun patienten. ["and we try to listen..." Reactions of therapists to trauma experiences of their patients]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2000;43:7-19.

Consejo Internacional de Rehabilitación para Víctimas de la Tortura
International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)
Borgergade 13, P.O. Box 9049, DK-1022 Copenhagen K, Denmark
Tel +45 33 76 06 00 | Fax +45 33 76 05 00 | irct@irct.org | www.irct.org