

Salud Mental:

**Perspectivas y desafíos para
la construcción de otros mundos posibles**

27, 28 y 29 de noviembre de 2025

El impacto del trabajo en la Salud Mental

Alejandra Bentancor, Alejandra Marini



Esta presentación pretende poner sobre la mesa el tema de los riesgos de salud mental de aquellos que realizan tareas de atención y cuidado de población en situación de vulnerabilidad psicosocial. Los equipos de trabajo en el ámbito de la salud mental están en contacto directo con el sufrimiento, generando lo que se denomina desgaste por empatía. Estos aspectos representan un riesgo de salud laboral, lo que llamamos riesgos psicosociales. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) los define como “las interacciones entre el medio ambiente de trabajo, el contenido del trabajo, las condiciones de la organización y las capacidades, necesidades, cultura del trabajador, y consideraciones personales externas al trabajo que pueden, en función de las percepciones y la experiencia, tener influencia en la salud, rendimiento del trabajo y satisfacción laboral” (2025, s.p.). Las pérdidas por el desgaste laboral son amplias, y si bien las formas de medirla presentan grandes dificultades de subregistros, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que se pierden 12.000 millones de días de trabajo solo por depresión y ansiedad. En Uruguay, estas certificaciones médicas ocupan el segundo puesto de causales en las patologías que requieren mayor cantidad de días. Pueden estar relacionados con el contenido o el horario del trabajo, las características específicas del lugar de trabajo o las oportunidades de desarrollo profesional, entre otras cosas. En lo que hace a quienes trabajamos en contexto signados por situaciones de extrema vulneración, la traumatización por el compromiso empático (Pearlman, 1999) instala lo que se denomina la “traumatización vicaria”. Esta genera un impacto en las personas que desarrollan tareas de atención directa que conduce a cambios nocivos, por ejemplo:

- Sensación de reducido logro personal.
- Agotamiento emocional
- Agotamiento físico
- Trastornos físicos, debilitamiento del sistema inmunológico
- Problemas en relaciones interpersonales.
- Irritabilidad
- Frustración y desesperanza.

Presentaremos algunas de las líneas que surgen del abordaje de la traumatización de equipos, así como líneas de prevención y promoción de salud desde el abordaje de cuidados de equipos. El cuidado implica una acción consciente de preservación de algo o alguien, la intención de aumentar su bienestar o evitar un perjuicio. Implica la responsabilidad y empatía para entender y apoyar las necesidades con dignidad. Poner atención en promover un ambiente de seguridad y confianza, brindando educación que promueva el autocuidado. Es así que identificamos que el cuidado de equipos abarca

tres niveles de intervención para habilitar y fortalecer el desarrollo de los objetivos de la tarea: Personal: Incorporar nuevos hábitos dentro y fuera de la jornada laboral, ejercicios donde dirigir la mirada-atención hacia uno mismo y hacia el grupo de trabajo que equilibren la demanda laboral continua de estar atendiendo las necesidades de otros. De equipo: Se enmarca en el funcionamiento grupal y de equipo de trabajo, donde se puedan fortalecer las dinámicas de confianza, complementariedad y desarrollo creativo de estrategias de abordaje, potenciadoras de la tarea. Organizacional: La organización debe disponer de medidas de apoyo institucionales que contribuyan a la promoción de entornos laborales saludables y que beneficien al trabajador, a la institución y a las personas que atiende.

Venimos desarrollando espacios grupales de cuidados de equipo desde el 2015, en ocasiones con otros colegas de quienes hemos aprendido mucho. En la oportunidad de este congreso se nos hizo imprescindible presentar este artículo para poder aportar visibilidad a algo que ya hace unos años está haciendo ruido, pero que no se ha logrado instalar como un eje fundamental en las legislaciones laborales, y muchas veces ni siquiera es visualizado como una necesidad y un derecho por los propios trabajadores. Nuestras consideraciones se enmarcan en las características que despliega el sistema de respuesta en el territorio Uruguayo, y en un recorte de las mismas del cual podemos dar cuenta a partir de la experiencia que hemos desarrollado durante estos 10 años de trabajo, aunque consideramos pueden en algunos aspectos, coincidir con otros territorios.

Es importante establecer como punto de partida a quienes nos referimos cuando hablamos de operadores sociales para poder establecer un acuerdo puntual. Habrá otros quienes se consideren podrían estar incluidos y algunos que podrán ser discutidos, pero en este caso y como hablamos desde una experiencia profesional específica vamos a pedir la licencia de remitirnos a aquellos con los cuales hemos compartido.

Pensamos a estos trabajadores como aquellos que están en contacto con población en situación de vulnerabilidad social, económica, por discriminación u otros derechos vulnerados.

- Población que recibe atención, en función de encontrarse ante un potencial riesgo o que han sido o están siendo víctima de algún tipo de violencia personal, grupal o institucional que reconocida como tal, recibe estrategias de atención por medio de políticas públicas desarrolladas por organizaciones estatales o tercerizadas por medio de organizaciones de la sociedad civil.

- Acompañan mayoritariamente una población estigmatizada y signada por una baja empatía social, producto de una sociedad moralista y sancionatoria de las conductas que se apartan del modelo productivo (adolescentes en conflicto con la ley, situación de consumo, situación de calle, violencia de género o generaciones, pobreza extrema o desempleo)
- Estos trabajadores conforman equipos de trabajo muchas veces interdisciplinarios, en el cual la complejidad y diversidad de situaciones abordadas, generan un desarrollo de interseccionalidades profesionales que a la vez que potencian la tarea, demanda traducciones y amplitudes en el conocimiento que imponen un trabajo de articulación continua.

En este marco reconocemos que hay varios aspectos que estructuran las demandas y exigencias desde planos diferentes de implicación institucional, con diversas modalidades de impacto que deberían ser integrados a los análisis desde el abordaje del cuidado en la salud mental: Personal, Grupal, Organizacional, Institucional y Socio-cultural.

Como sabemos estos ámbitos se solapan, se retroalimentan, se pliegan sobre sí mismos construyendo diferentes planos de análisis que requieren, desde la intervención en el cuidado de equipo, apelar a recortes que establecemos artificialmente con el fin de abordar la complejidad aportando un orden posible para pensar líneas de intervención.

En el plano socio-cultural pueden presentarse rasgos identificatorios con la población fragilizada por la segregación del sistema. Esto compromete a trabajadores no solo con la defensa de los derechos de la población en los que se vivencian como altamente implicados, sino en una vivencia singular de las condiciones de existencia que los acerca a las características de la población con la que trabajan (lugares de trabajo ediliciamente precarizados, con pocos recursos para conservar las condiciones de higiene y organización, con sueldos bajos, con presupuestos mensuales escasos, etc.). En esta situación pueden sentir que su trabajo además es desvalorizado o cuestionado por el resto de las personas, experimentando el sentimiento de ser incomprendidos (“como podes trabajar en eso”) y/o excluidos del sistema de valoración de los espacios deseables en el ámbito laboral (“No pensaste en trabajar en otro lado”). Las carencias de los dispositivos y de los recursos básicos, se naturalizan y disminuye así la capacidad de reclamar condiciones de trabajo que reviertan la precariedad cotidiana en la que se instalan las respuestas de política pública. De esta forma trabajamos con la pobreza desde proyectos empobrecidos.

El lugar de las funciones institucionales como lo son la maternidad, la infancia, la familia, la ley, el estado, son lecturas que atraviesan la práctica desde ángulos muchas veces contrapuestos, generando un conflicto ético entre las posturas organizacionales molares y las lecturas moleculares (Fernandez. A 1986), singularizantes, y éticas que el trabajo en primera línea genera al integrar la complejidad de incidencias visualizadas por los operadores. Por ejemplo, la Interrupción voluntaria del embarazo, o las diversidades sexuales se contraponen con organizaciones que gestionan el amparo de adolescentes desde implicaciones religiosas o seculares pero adheridas a preceptos contrarios a los derechos reconocidos en la legislación nacional. Esto puede generar tensión desde la intervención por parte de operadores sociales y las imposiciones jerárquicas. También pueden estas lógicas estar mediatizadas por los mismos trabajadores impactando en el acceso de derecho de los usuarios y usuarias.

Los mandatos sociales, los paradigmas desde los cuales pensamos, presentan una evolución enlentecida frente a algunos avances de las declaraciones internacionales de derechos. Hay una lucha social por el reconocimiento de minorías que choca con el pensamiento tradicional o hegemónico que implica otro gran ámbito de discusión en el marco de la tarea.

Los aspectos organizacionales son los más visibles para los operadores sociales que se centran en reclamos muchas veces canalizados gremialmente como condiciones laborales, pero en otras ocasiones, quedan atrapados en las quejas rumiantes que refuerzan la construcción del sentimiento de desesperanza e impotencia, que hacen a la desvalorización de la tarea, dificultando acciones tendientes al cambio.

La cultura organizacional es un aspecto que muchas veces es dejado de lado como un modelo de acción que sostiene la práctica. El reposicionamiento de este como prioridad, desde el compromiso con lógicas y dinámicas de la organización ayudan en la potencialidad de las formas de producción y transformación buscada, siempre que se encuentren enmarcadas en posturas éticas y técnicas acordes al objetivo de la política pública desarrollada. Desde la selección de personal, así como la capacitación necesaria y la realizada por la propia organización (como inducción o puesta a punto), se debe considerar la transmisión de lo aprendido, como una forma de favorecer la adaptación al puesto de trabajo, y prevenir la desorganización que implica la alta rotación de los operadores en el desarrollo de la tarea.

A su vez el ejercicio de la explicitación de la cultura organizacional basada en la perspectiva de derechos hace a un acuerdo tácito con las características de los aspectos laborales y premisas que establecen garantías y elementos que pueden ser

reclamables. Por lo que lejos de ser minimizable es un punto central para garantizar espacios de trabajo saludables y con garantías de acción para todos los involucrados que lo acuerdan. Muchas veces en las organizaciones más colectivas (OSC, Cooperativas) esta carencia de transmisión se justifica en un supuesto de acuerdo militante, entendiendo que el formar parte de un mismo proyecto hace compartir preceptos y representaciones que nos equiparan en la construcción del análisis en la intervención. Esta falacia instala un malentendido fundante en las dinámicas de equipo y del funcionamiento de la organización laboral, suponer que cuando hablamos estamos acordando perspectivas sin haber trabajado previamente de forma explícita sobre estas.

El plano grupal se presenta en la conformación del equipo de trabajo, y este es quien debe sostener la práctica cotidiana de la tarea y es tanto quien recibe las proyecciones de responsabilización y malestar de los usuarios, así como la idealización y la gratificación que permite la permanencia. Sobre el equipo se despliegan los impactos y las dinámicas más diversas pero este su injerencia es en general es limitada en lo que hace a las definiciones de gestión.

En el equipo se generan malos entendidos, tensiones, adjudicaciones y la reproducción de las condiciones de existencia de la población con la cual trabajan. Sobre este nivel es que el cuidado de equipos despliega el abordaje, pero el análisis debe atravesar los diferentes planos para poder obtener un entramado que explicita los elementos que instalan el malestar, posibilitando desanudar la complejidad del atrapamiento en el cual se encuentran.

Es relevante poder anticipar la lectura en la que los equipos más dañados, son muchas veces los que mayor resistencia tienen a la propuesta de cuidado de equipos. La defensa inconsciente de esta grupalidad, el miedo adquirido y la desconfianza generada ante la inestabilidad y violencia desplegada desde diferentes flancos de acción, incorporan la necesidad de preservación por medio de la inmovilidad. Es una reacción esperable ante la convicción de que si todo está mal un movimiento puede hacerlo aún peor, pensemos en la zarigüeya ante una amenaza inminente y su reacción de inmovilidad, algo así se instala en los grupos que evidencian la violencia de forma cronicada. Esto los hace reticentes a cualquier cambio, aunque este puede representar una mejora clara.

Pero a su vez la salida es grupal, por eso los cuidados son instancias de grupo, donde desarmar los malentendidos, generar acciones creativas y promover un sentimiento de seguridad al sentir el respaldo de ser un colectivo en acción.

En el plano de lo personal es donde se vive lo colectivo, lo social y lo político en una interdependencia que invisibiliza la complejidad que lo determina, poniendo en juego la capacidad personal de enfrentar y actuar según surja de este mapeo de injerencias.

El desempeño de la tarea a nivel personal es inabordable en generalidades que podamos plantear en este texto, la diversidad de recorridos hace a una representación altamente singularizada de los aspectos que se ponen en juego y en lo que representa a la posible afectación de la salud mental. Sin embargo, entendemos que hay algunos aspectos que identificamos significativos en muchas situaciones que consideramos podremos mencionar no de forma exhaustiva y universalizable, sino como una simple muestra que intenta poner en consideración cómo impactan estos elementos en el que hacer y la responsabilidad asociada a la preservación de la salud mental de los operadores sociales y su desgaste laboral.

En primer término, dejemos establecido que el desarrollo de la función de operadores sociales más allá del compromiso con la incidencia social es un rol laboral.

Según la OIT, el trabajo es una actividad realizada por personas con el propósito de obtener un medio de subsistencia y contribuir al desarrollo económico y social. La OIT promueve un enfoque de trabajo que sea decente que abarque condiciones laborales seguras, salarios justos, igualdad de oportunidades y diálogo social. Esto aunque parezca obvio es necesario ponerlo sobre la mesa, ya que muchas veces la precariedad de los contratos y las condiciones de trabajo absolutamente deterioradas hacen a que se le reclame al trabajador que su reivindicación no afecte el servicio que presta apelando a la supuesta conciencia social que lo llevó a ocupar ese espacio. El hogar de permanencia no se cierra, el refugio se abre igual, el servicio de atención se mantiene abierto, aunque los trabajadores no cobren el sueldo, no haya instalaciones sanitarias habilitadas y en condiciones o no haya personal suficiente. Entonces el impacto de todos los planos de desidia y desvalorización estallan en el cuerpo de los trabajadores, en su vida cotidiana y en su familia. Se invisibiliza la carencia y la precariedad instalando una política pobre para la gente pobre, que empobrece a quienes realizan la tarea cotidianamente.

Esto hace que se generen comportamientos sobre adaptados en los que ya no se cuestiona que la instalación eléctrica sea un riesgo, o que el baño tenga pérdidas, o que no haya donde atender a una persona en condiciones de confidencialidad y entonces tampoco importa si hay derechos para los trabajadores, si la carga de tareas excede la capacidad de respuesta o si cobran en fecha su salario. La precariedad se expande y afecta a las personas usuarias en la calidad de asistencia recibida. La precariedad llaga los proyectos que prevén presupuestos más que magros y de esa forma llega a los operadores como quienes deben ejecutar esa precariedad, precarizándose. Así los operadores sociales construyen prácticas y sentires sensiblemente afectados por el lugar social que se les asigna, por la exclusión y la estigmatización que empieza a colarse en su propia identidad o que requiere para preservarse una distancia tal que va en detrimento de la posibilidad de realizar una tarea efectiva.

Recordemos además que en este marco de existencia debe integrarse que en la mayoría de estos procesos, la práctica se ve atravesada por la violencia, violencia de género y generaciones en sus múltiples modalidades, violencia comunitaria y delictiva, violencia cultural y simbólica, violencia que impacta y con la cual el acercamiento y la empatía con las víctimas generan desgastes sistemáticos. Para poder dar cuenta de los impactos generados desde la práctica misma del abordaje de estas situaciones traemos algunos conceptos de la psicotraumatología.

Las investigaciones en el área de las neurociencias enseñan que el trabajar de forma sostenida en el tiempo en contacto directo con personas que han vivido situaciones de trauma psicológico genera efectos en la salud, producto de la reproducción de emociones y sensaciones corporales similares, en el momento en el que se toma contacto con el relato de lo sucedido. Para lograr una comprensión profunda de la situación de las personas se produce un espejamiento neurológico con su consecuente empatía somática que brinda información importante para poder entender y acompañar al otro. Este procesamiento de la información de lo que le sucede al otro no puede realizarse por fuera de nuestras propias subjetividades y la nueva información cambia también nuestra experiencia vital. El trauma psicológico tiene un efecto muy duro en el sujeto que lo vive y por supuesto en el sujeto que lo escucha.

Recordemos que el trauma psicológico se produce cuando un evento supera la capacidad de afrontamiento del sujeto, y ante esa vivencia de peligro el cerebro genera una respuesta de congelamiento, o estado de terror o una respuesta de sumisión o de

colapso. La escucha atenta de uno o varios relatos implica experimentar sutilmente las vivencias del otro, por lo que pueden experimentarse sensaciones de impotencia.

A su vez, las investigaciones señalan que estos eventos permanecen en estado de perturbación, configurando lo que se denomina memoria traumática. Estas memorias se almacenan de forma disfuncional ya que surgen en un estado en que el cerebro activa el modo supervivencia, lo que significa que inhibe las funciones de la corteza frontal, como ser la lógica y el razonamiento para dar paso a una respuesta rápida de evaluación y afrontamiento del peligro (Van der Kolk, 2015). Al inhibirse esta capacidad lógica no se logra ubicar la experiencia en el tiempo real sucedido, sino que se experimenta de manera atemporal, por lo que permanece activa en presente, aunque tal vez sea un recuerdo muy antiguo. Los distintos componentes del recuerdo (sensoriales, somáticos, emocionales, comportamentales), no logran integrarse de manera coherente y cohesionada, por lo que permanecen almacenados de forma fragmentada y desvinculada del resto de las redes de memorias adaptativas (Jarero, 2011).

Es por esto que estas memorias producen un estado de alerta latente que puede ser activado por la presencia de estímulos que remitan o que sean asociados al evento o eventos traumáticos lo que puede disparar reacciones emocionales similares, flashbacks, reacciones físicas etc. También puede producirse el efecto contrario, observándose niveles de disociación con distintos grados de “amnesia” que puede llevar a la persona a exponerse por ejemplo a distintas situaciones de riesgo. La imposibilidad de procesar la información de manera integrada dificulta el autocuidado.

El contacto sistemático por parte de los operadores con estas realidades y reacciones de la población atendida produce efectos sobre el sí mismo, con el consiguiente riesgo de desarrollar trauma vicario, y sobre el colectivo con el riesgo de constituir lo que se ha denominado traumatización de equipos. Para la psicóloga chilena Ana María Aron (2001), la traumatización de equipos refiere a la reproducción de dinámicas violentas a la interna de los equipos de trabajo, circulando emociones de miedo, abuso, aislamiento, equipos disociados, y con dificultad para resolver los conflictos. Esto conlleva mucho sufrimiento, disgregación, certificaciones por salud mental y alta rotación del personal.

La metodología

La metodología desarrollada en nuestro modelo de atención es la confluencia de diferentes teorías de intervención psicológicas sociales y corporales: Psicología social, grupal e institucional, Psicología de las organizaciones, Psicodrama y estrategias lúdico-recreativas, Arte-terapia, Danza Movimiento Terapia DMT. Psicología de abordaje especializado en trauma (Experiencia Somática, EMDR) , Entrevista Motivacional, Diálogo abierto. Las herramientas aplicadas son singularizadas desde una mirada clínica, en la cual se integran las demandas del equipo con las posibilidades de provocar el intercambio y el pienso colectivo, que lleva al grupo y sus integrantes a lógicas de reflexión, que muevan hacia acciones de desarrollo, autocuidado y transformación de sus condiciones de trabajo.

Si bien estas pautas se llevan a cabo con materialidades diversas podemos establecer una estructura central que predispone un orden en la propuesta presentada.

1. La planificación es un espacio de preparación y conexión para los coordinadores del encuentro, poder repasar lo que sabemos de este grupo, las características que identificamos, poder pensar en disparadores o provocadores de aspectos que son difícilmente puestos sobre la mesa, imaginar escenarios posibles. La planificación es un espacio donde establecer posibles dinámicas preestablecidas pero es el encuentro quien define su concreción.

2. La presentación implica una revisión de cómo están en ese momento y mediante diversas posibles dinámicas o simplemente por medio de la palabra se intenta incluir un primer momento de bienvenida, de encuentro y de reconocimiento del otro. Saber con que inquietudes iniciamos el espacio. Es allí que se define más precisamente qué hacer, si referirnos a la dinámica planificada o apelamos a otro recurso . En este sentido promovemos el ampliar la mirada, el estar atentos a la sorpresa de la escucha, abrir a la lectura de los emergente que surgen para poder establecer un acto espontáneo desde la concepción Moreniana (1959), la capacidad que tiene una persona para dar una respuesta adecuada a una situación nueva o una respuesta nueva a una situación antigua, posibilidad que surge desde el inconsciente colectivo dando lugar a lo novedoso.

3. La dinámica siempre es una excusa, un juego vivencial, un espacio en el cual nos alejamos de lo que nos pasa para poder volver desde afuera a pensar lo que nos pasa. La dinámica es un motor del pensamiento, por lo que siempre potencia el diálogo.

4. El diálogo es desde la sensación y los registros que la dinámica nos deja y es desde ahí que se vincula con el problema que se planea en el grupo. Lo novedoso es ver lo que veo después de sentir lo que sentí, y desde allí en el espacio se introducen conceptos y análisis desde diferentes teorías y recursos que la psicología nos permite ofrecer al grupo.

5. En el cierre se estimula que el grupo capitalice conscientemente la experiencia del cuidado de equipo, la demanda, lo vivido, lo producido por ellos mismos, lo novedoso. Se promueve que los participantes integren el análisis en sus experiencias cotidianas de equipo, de situación y a la de la organización a la que pertenecen.

Este espacio se integra con ejercicios de autocuidado o consciencia corporal que hace a un fortalecimiento de la percepción y el registro de la instancia. Muchas veces se brindan ejercicios que pueden ser herramientas de autorregulación aplicables en los espacios laborales o cotidianos.

Dentro de la metodología de abordaje integramos como condición la co-coordinación de las instancias no solo por la amplificación de técnicas y teorías que expresan nuestras experiencias, sino como una forma de percibir y registrar la inmanencia que se despliega en el encuentro. Los conceptos del estar molar y molecular del coordinador de grupo (Pavlovsky 1993), la escena temida, las implicaciones y los atravesamientos a los que nos enfrentamos, la posibilidad de tener un otro que facilite el intercambio y el análisis desde el rol de coordinación nos potencia en la tarea altamente desafiante.

También se integra como herramienta la categorización desarrollada por el psiquiatra americano Aaron T. Beck, de distorsiones cognitivas, también denominadas creencias irracionales, pensamientos irracionales o errores de pensamiento. Este concepto manejado desde estrategias de la terapia cognitiva permite integrar diferentes sesgos de interpretación que al hacerlos visibles permiten una relectura de los conflictos detectados.

El juego además propone pensar con el cuerpo, potencia el análisis desde el registro vivencial de la experiencia en el cuidado de equipo. Los juegos o propuestas son una excusa para poder pensar lo mismo desde un plano diferente al pensamiento circular de la rumiación traumática del conflicto. Los intercambios que se generan sobre las propuestas lúdicas permiten al grupo usar la experiencia como ejemplo e imagen de representación para lo que identifican como dificultad en la tarea que desarrollan. Si

bien el juego se ha valorado como herramienta de aprendizaje y desarrollo las conceptualizaciones se han instalado desde el uso en la pedagogía enfocada en la infancia y adolescencia.

La teoría lúdica presenta varios principios que trascienden las fronteras generacionales como lo son: la Interacción social, la comunicación, la creatividad, la resolución de problemas, la motivación y el aprendizaje práctico. Cuando hablamos de perspectivas intergeneracionales el rol del juego se desvanece al enfocarnos en los adultos, o al menos se restringe a juegos extremadamente reglados, sedentarios e individuales, la integración de juegos grupales en los cuidados de equipo propicia el desarrollo o fortalecimiento de herramientas que han quedado en desuso en la adultez y nos presenta la incomodidad y la potencia de lo nuevo, lo que implica todo un desafío que ha mostrado ser reparador en múltiples sentidos. Una de las herramientas que desarrollamos consiste en poder abrir la posibilidad de nuevos discursos y narrativas que el grupo pueda construir para sí mismos, desde una perspectiva deconstructiva que pueda gestar a los participantes como capaces de encontrar ejes de transversalidad que les permitan correrse del aprisionamiento de los discursos de poder. Las relaciones de poder que según Foucault se entienden como capacidad de acción que se reestructuran ante la resistencia. Pero para esto hay que integrar la capacidad de visualización del “nosotros” como un grupo de pertenencia social que pueda establecer un espacio de seguridad y confianza, la persistencia de la compartimentación dentro de los equipos de trabajo ubica al otro como quien pone en riesgo mi subsistencia. El trabajo en equipo remite a una integración fundante, para fortalecer la pertenencia y el compromiso en este nosotros y el juego concentra al equipo en el adiestramiento en el sentirse uno en la tarea una búsqueda de objetivos comunes que de forma distendida integra las herramientas para la práctica laboral.

Entre los elementos abordados en estos años se han presentado como constantes en los equipos con los que hemos desarrollado el acompañamiento, algunos que queremos puntualizar.

1- Comunicación: los errores de pensamiento, el malentendido, las proyecciones de intencionalidad, la rigidización y la flexibilización. La comunicación en contextos de alerta desordena prioridades y provoca desencuentros.

2- Emociones: cómo afectan nuestra capacidad de análisis, la habilitación y la desconfianza, la ambivalencia y la soledad en los equipos desarticulados por el trauma.

3- Los Vínculos y los solapamientos entre lo personal y los roles institucionales, así como tensiones en los procesos de resolución, las diferentes posturas interdisciplinarias, los aspectos personales y las crisis grupales, van erosionando la calidad de equipo.

4- Motivación: la desesperanza, la desvalorización del trabajo, la escasa recompensa externa, el desgaste y la estereotipia de funcionamiento organizacional dejan aislada la motivación a la condición vocacional con la población o con los pares, y cuando esto flaquea se desmorona.

Estas afectaciones configuran dinámicas que circulan en los equipos con distintos grados de intensidad. En los grados más leves, los equipos se encuentran receptivos al espacio de cuidado, propiciando un escenario adecuado para profundizar en el conocimiento del grupo y mejorar la tarea. En los grados más severos, el sistema de defensas psíquicas tanto personales como colectivas se activa a tal modo que boicotea el contacto con los temas conflictivos. Por momentos, solo el hecho de pensar en pensarse produce enojo, cansancio, frustración, y la desesperanza irrumpe produciendo la creencia de no es posible un cambio.

En algunas situaciones se observa una sobre expectativa de reparación depositada en el espacio de cuidado. El equipo proyecta una expectativa desajustada de sanación rápida frente a la naturaleza del tema abordado que requiere tiempo de procesamiento. Abordar estas expectativas para ajustarlas a la realidad es importante para evitar frustraciones que confirmen el sesgo de que no es un espacio lo suficientemente productivo.

Todos estos factores emocionales, sensoriales, conductuales intentan ser enunciados en los espacios de cuidado de modo que puedan visualizarse y redireccionarse. Es por esto que los espacios de cuidado de equipo son instancias de movilización, de activación emocional física y mental, de modo de poder generar nuevos significados.

De acuerdo a la evaluación del grado de afectación que presenta cada equipo es que se va a ir profundizando en la visibilización de las dificultades. En este sentido es fundamental darse un tiempo para que el equipo genere recursos para sostener el proceso. Desarrollamos técnicas varias de autorregulación, vuelta a la calma y recursos de sostén durante los encuentros.

El cuidado de equipo brinda la posibilidad de aprender y desarrollar formas personales y colectivas de entrar y salir de estos estados mentales compartidos, y así mantenernos más estables en todos los planos.

Es gracias a la gran diversidad de personas que habitan los equipos, gracias a sus deseos de mejorar, de conectar y de disfrutar, que con el paso de las sesiones vamos viendo que incluso los equipos con más daño logran descubrir que si se puede pensar diferente y desde allí se abren nuevas posibilidades.

En este sentido es un gran desafío para la coordinación del cuidado de equipo, ayudar a que el mismo se reconecte con sus memorias adaptativas, recuperando escenas de éxito, de logro personal y colectivo donde pudieron poner en juego acciones asertivas. Este recordar abre al aprendizaje y estimula la motivación, así como la conexión con la potencia y desde allí la posibilidad de habitar la creatividad. También es muy importante ayudar a recuperar la confianza entre los pares y para ello abordar la desidentificación con las víctimas, o sea recuperarse cuando sienten que sus mentes y cuerpos quedan captados por esas otras mentes. Es un desafío ayudar a que se encuentren estrategias cada vez más efectivas en el cotidiano de ampliación de conciencia en cuanto a la importancia de estar atentos a la afectación que esta tarea tiene en cada uno.

Es un factor protector el contar con formación específica en estos temas ya que la falta de ella nos deja más vulnerables y predispuestos a sufrir trauma vicario, al igual que la falta de trabajo psicoterapéutico a nivel personal principalmente si existe una historia personal de trauma no elaborado. Las redes desadaptativas de las memorias traumáticas son grandes, profundas y muchas veces enredan a los equipos, quienes en un intento por resolver o disminuir traumas ajenos conectan inconscientemente con traumas propios.

Como la salud en el ámbito laboral no solo depende de nuestro accionar personal puesto que vincula a todo el ambiente laboral y social, es que debemos entender y atender a los elementos predisponente al trauma vicario y de equipo como ser las altas exigencias de las dinámicas de implementación de políticas públicas y las grandes dificultades en la coordinación con los recursos Interinstitucionales existentes.

Queremos agradecer:

- A los colegas que desarrollan cuidados de equipo construyendo herramientas y conceptos sobre lo aprendido en un espacio profesional en desarrollo y desafíos constantes,
- A los equipos que nos enseñaron lo que sabemos por que nos mostraron la ductilidad de las herramientas.
- A las organizaciones que nos eligieron, a los equipos y a cada una de las personas que participaron y que nos han hecho crecer con cada devolución y señalamiento afectuoso y certero.
- A la organización del III Congreso Internacional de Psicología de la UR por poner este tema en el colectivo de quienes pensamos la salud mental desde sus múltiples aristas.

Referencias

- Arón, A. M., & Llanos, M. T. (2005). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan en violencia. *Revista Sistemas Familiares*, 20(1-2), 5-15.
- Van der Kolk, B. A. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma* (N. Rabotnikof, Trad.). Editorial Paidós.
- Fernández, A. M. (1989). *El campo grupal*. Nueva Visión.
- Filgueira Bouza, M. (s.f.). Interpsique y mente relacional: revisitando a Moreno desde Seikkula. *La Hoja de Psicodrama*, (73), 26-39. Recuperado el 9 de marzo de 2026.
- Foucault, M. (1994). *Microfísica del poder*. Ediciones La Piqueta.
- Frydewsky, L., Pavlovsky, E., & Kesselman, H. (1993). *Las escenas temidas del coordinador de grupos*. Editorial Búsqueda.
- Jarero, I. (3 de marzo de 2011). Explorando la naturaleza de las memorias traumáticas y la terapia EMDR. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 2(3).
- Lajos Rañó, R. (s.f.). *Distorsiones cognitivas y pensamientos irracionales*. AIDÉ. Recuperado el 27 de marzo de 2026.
- Lourau, R. (1975). *El análisis institucional*. Amorrortu.
- Pearlman, L. A. (1999). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. En B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed., pp. 51–64). Sidran Press.
- Pichon-Rivière, E. (1980). Historia de la técnica de los grupos operativos. En *Temas de psicología social*. Nueva Visión.
- Sintes, R. (1995). *Aquí y ahora: Psicodrama*. Editorial Roca Viva.