Universidad de Alcalá

UAH TFM

La prevención y manejo de trastornos psicológicos en la plantilla humanitaria: práctica de mindfulness y buenas prácticas para la gestión de emociones y preparación psicológica

Máster Universitario en Acción Humanitaria Sanitaria

Presentado por:
Dª Arancha Ferrer de la Cruz

Tutorizado por:
Dr. Juan-Carlos Luis-Pascual

Alcalá de Henares, a 9 de enero de 2019

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Contenido

Resumen 1
Abstract 1
Introducción 3
Justificación 4
Objetivos 6
Hipótesis 6
Metodología 7
Realidad del personal humanitario expatriado 7
Principales trastornos psicológicos del personal humanitario 9
Estrés 9
Definición 9
Tipos de estrés 11
Fases del estrés 13
Causas del estrés 15
Consecuencias del estrés 15
Relación entre estrés, ansiedad y depresión 16
Factores desencadenantes del estrés en el medio humanitario 18
Estrategias de afrontamiento ante el estrés 20
Burnout 21
Definiciones 21
Consecuencias del Burnout 23
Desencadenantes del Burnout dentro del entorno humanitario 24
Fatiga por compasión 25
Definición 25
Estrategias de afrontamiento ante los trastornos psicológicos por parte del personal humanitario 26
El Mindfulness como técnica de prevención de los trastornos psicológicos en ayuda humanitaria 29
¿Qué es el Mindfulness? 29
El Mindfulness en la literatura científica 31
Inicios de mindfulness en medicina y psicología 33
Componentes de la conciencia plena y la importancia para el trabajo de campo 34

La práctica del Mindfulness 36
Beneficios de la práctica 37
Prevención de los trastornos psicológicos en medio humanitario a nivel organizacional 41
Buenas prácticas 41
Principio 1: Política 42
Principio 2: Valoración 42
Principio 3: Formación y preparación 44
Principio 4: Seguimiento 44
Principio 5: Apoyo continuado 44
Principio 6: Apoyo y gestión en situaciones críticas 45
Principio 7: Apoyo al final de la misión 45
Principio 8: Apoyo después de la misión 46
Discusión 47
Conclusiones 49
Bibliografía 52

Resumen

La plantilla humanitaria corre alto riesgo de sufrir estrés y burnout debido a la naturaleza de su actividad laboral y otros factores generales como la falta de apoyo familiar, los conflictos internos, la mala organización del trabajo o la falta de medios para la realización de tareas de forma adecuada. Debido a la implicación psicológica en el medio humanitario, sobre todo en el sector sanitario, en este estudio quiero resaltar la importancia de la preparación de la plantilla, tanto a nivel individual como organizacional, para mitigar riesgos y prevenir los trastornos psicológicos. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía, resumiendo las causas y consecuencias de estos trastornos y las herramientas existentes para combatirlos. La gestión de las situaciones estresantes puede ser individuales o colectivas (organizacionales) y el enfrentamiento puede ser centrado en el problema o en la emoción. Aquí haremos hincapié en el enfrentamiento centrado en la emoción de manera individual, con técnicas como el Mindfulness, que ha demostrado ser efectiva para la reducción del estrés. Además, añadimos una serie de pautas y buenas prácticas para prevenir y gestionar los trastornos psicológicos a nivel de la organización.

Palabras clave: Estrés, burnout, fatiga por compasión, mindfulness, atención plena, personal humanitario, preparación psicológica.

Abstract

The humanitarian workforce is at a high risk of suffering stress and burnout due to the nature of their activities and other general factors such as the lack of family support, internal conflicts, inefficient organization of work or the lack of means for adequate completion of tasks. Given the psychological implications within the humanitarian field, particularly in the health care sector, in this study we would like to highlight the importance of workforce preparation, both on individual and organizational levels, to mitigate the risks and prevent psychological disorders. To this end, a thorough revision of the available bibliography has been conducted, summarizing the causes and effects of the possible disorders and the existing tools to mitigate them. The management of stressful situations may be individual or collective (organizational) and the approach may be directed either to the cause or to the emotional response. Here we will concentrate on how individuals face their emotional responses through techniques like

Mindfulness that has proven to be effective towards the reduction of stress. Furthermore, we include a series of guidelines and good practices to prevent and manage the psychological disorders on an organizational level.

Key words: stress, burnout, compassion fatigue, mindfulness, full attention, humanitarian staff, psychological preparation.

Introducción

A pesar del creciente número de trabajadores/as de socorro o ayuda humanitaria, no existe una definición estándar de este trabajo. Y, aunque muchas veces se confunda con las fuerzas de seguridad o pacificadores que acuden a las emergencias, la plantilla humanitaria tiene una realidad diferente ya que se compone de civiles empleados/as por organizaciones no gubernamentales, tanto expatriados/as como locales, y tienen unos antecedentes profesionales muy diversos[1]. En este trabajo nos vamos a centrar en el equipo sanitario expatriado a zonas de emergencia.

El interés en la experiencia del estrés de la plantilla humanitaria está creciendo, lo que explica el gran número de publicaciones científicas que están apareciendo con respecto a este tema y a las estrategias de gestión del estrés del personal humanitario. El personal expatriado de ayuda humanitaria trabaja rutinariamente en contextos de escasos recursos, se enfrenta a trauma personal y de la comunidad y a un sufrimiento humano considerable.

Tabla 1: *Ataques contra trabajadores humanitarios: resumen de estadísticas, 2007-2017*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Número de incidentes	123	165	155	130	152	170	265	191	149	162	158
Total víctimas de personal humanitario	220	278	296	254	309	277	475	330	288	294	313
Total muertes	88	128	109	72	86	70	156	122	110	107	139
Total lesiones	87	91	94	84	126	115	178	88	110	98	102
Total secuestradas/os	45	59	93	98	97	92	141	120	68	89	72
Víctimas internacionales	34	51	75	46	29	49	58	32	28	43	28
Víctimas nacionales	186	227	221	208	280	228	417	298	260	251	285
Personal de la ONU	39	65	102	44	91	58	110	67	44	71	48
Personal de ONG internacionales	132	157	129	148	141	86	137	149	176	157	98
Personal nacional ONG y Cruz Roja	35	46	55	47	77	107	206	98	62	51	154
Personal IFRC	4	5	9	10	5	3	14	16	3	12	3

Fuente: The Aid Worker Security Database (AWSD)[2].

Según el informe de The Aid Worker Security Database (AWSD)[2] detallado la tabla 1, los ataques al personal humanitario son bastante numerosos y han ido en aumento desde

el año 2007. En esta tabla podemos observar el número de incidentes y las consecuencias de estos sobre el personal humanitario desde 2007 hasta 2017.

Según el informe del Secretario General del Consejo de Seguridad de la ONU sobre la protección de civiles en los conflictos armados de mayo de 2018[3], entre los incidentes producidos contra la población civil y el sistema sanitario se incluyeron ataques directos contra el personal y los establecimientos médicos; la sustracción de suministros médicos de convoyes humanitarios y de depósitos; el uso de los establecimientos médicos con fines militares; y la amenaza de sanciones legales o de otro tipo por la prestación de atención médica a combatientes enfermos o heridos de las fuerzas de la oposición.

Aunque el personal no solo sufre los factores estresantes externos, sino que también tienen que hacer frente a la distancia con sus seres queridos, a los conflictos entre el equipo, la falta de recursos materiales y humanos y a un entorno que no les es familiar.

La exposición crónica a estos eventos traumáticos y el estrés organizacional conlleva varias consecuencias que pueden reflejarse de forma externa, como el desgaste, enfermedades, conflictos de equipo o falta de éxito en los programas; o de forma interna: depresión, desesperanza, reacciones postraumáticas, y/o burnout relacionado con el trabajo.

Justificación

Según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de 2011[4], el 81.9% del personal sanitario está expuesto a riesgo de accidentes laborales (frente al 74.9% en 2007). El 24.5% de estos accidentes son cortes y pinchazos y la causa mayor se debe a distracciones, descuidos, despistes y falta de atención, con un 44.6%, a trabajar muy rápido (18.2%), cansancio o fatiga (13.8%).

En cuanto a la percepción del estrés, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2015[5], el 37% del personal sanitario contestó que Siempre o casi siempre lo percibía; el 34%, A veces; el 28% contestó Raramente o nunca y, el 1%, No sabe/no contesta.

En la tabla 2 podemos observar la incidencia de problemas de salud mayoritarios en los últimos 12 meses. Algunos de ellos están relacionados con el estrés laboral en el

personal humanitario, siendo el cansancio general, la cefalea, la fatiga visual y ansiedad los más destacables.

Tabla 2: *problemas de salud en personal sanitario*

Problemas de audición	Problemas de piel	Dolor de espalda	Dolor de cuello y extremidades superiores	Dolor de extremidades inferiores	Cefalea, fatiga visual	Ansiedad	Cansancio general
4%	11%	55%	52%	35%	**43%**	**26%**	**50%**

Fuente: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)[5].

Además, el 18% del personal sanitario aseguró tener dificultad para quedarse dormido, el 21% se despierta varias veces mientras duerme y el 24%, se despierta con sensación de cansancio y de fatiga.

Con estos datos se puede entender la gran cantidad de artículos enfocados a la preparación psicológica para el personal de la salud. Existe una considerable evidencia de que el estrés inherente a la atención de la salud tiene un impacto negativo en los profesionales de la salud. Las consecuencias derivadas del estrés pueden conducir a una mayor depresión, disminución de la satisfacción laboral, relaciones personales alteradas, angustia psicológica; e, incluso, el suicidio. Pero esto no solo tiene consecuencias para el personal, sino que el estrés también puede dañar la eficacia profesional frente a los pacientes: disminuye la atención, reduce la concentración, incide en las habilidades de toma de decisiones, y reduce la capacidad de los proveedores para establecer relaciones sólidas con los pacientes[6].

Y más en concreto, en el mundo humanitario también se ha evidenciado la importancia de la salud mental en el personal, como las encuestas llevadas a cabo por la alto comisionado de las Naciones Unidas por los refugiados (ACNUR o UNHCR por sus siglas en inglés) en relación al bienestar de su personal. Según su informe de 2016, de entre 2,431 trabajadores/as, el 32% sufría de ansiedad; el 25%, de depresión; el 35% (de los 1,451 que estaban en contacto directo con los beneficiarios) presentaba síntomas de síndrome de estrés postraumático; el 38% tenía estrés secundario y el 72% de las personas encuestadas consideró que los esfuerzos que invierten en el trabajo no son comparables con las recompensas recibidas[7].

Interpretando estos datos podemos deducir la importancia de una preparación psicológica efectiva para la prevención y tratamiento de los trastornos de salud mental en el equipo de ayuda humanitaria.

Objetivos

El objetivo de este estudio es sacar a la luz la situación del personal sanitario expatriado a zonas de conflicto o en situación de emergencia y remarcar la necesidad de dar un apoyo psicológico a la plantilla para prever y tratar los problemas o trastornos psicológicos derivados tanto de las circunstancias ambientales del trabajo en terreno como de la estructura organizacional.

Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

1. Realizar un análisis exhaustivo sobre el estrés, el burnout y la fatiga por compasión. Estudiar sus síntomas tanto a nivel físico como psíquico, sus causas, y sus consecuencias, tanto a nivel personal como organizacional.
2. Analizar las diferentes formas de prevención y estrategias de afrontamiento de estos trastornos psicológicos en el ámbito de la ayuda humanitaria para reducir el número de personas afectadas.
3. Estudiar las estrategias de gestión de trastornos psicológicos en la plantilla humanitaria mediante buenas prácticas a nivel de la organización.
5. Analizar los estudios realizados sobre el mindfulness y ver su eficacia en la prevención del estrés y burnout en la plantilla humanitaria.
6. Remarcar la necesidad de dar un apoyo psicológico a la plantilla para prever y tratar los problemas o trastornos psicológicos derivados tanto de las circunstancias ambientales del trabajo en terreno como de la estructura organizacional.

Hipótesis

Se ha formulado la hipótesis de que, debido a los datos encontrados sobre la inseguridad a la que se enfrenta el personal humanitario en terreno y los altos niveles de estrés encontrado en la plantilla, una preparación psicológica basada en Mindfulness podría ayudar a disminuir los niveles de estrés, burnout y fatiga por compasión, así como la ansiedad y la depresión.

La preparación psicológica tiene que ir de la mano de la buena organización del trabajo por parte de las asociaciones y la plantilla humanitaria para que sea lo más efectiva posible.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema de la investigación, de diferentes fuentes documentales (libros, artículos de revistas, manuales, páginas web...). Con estos criterios:

1. Fuentes de Registro: Medline, Psychinfo, Web of Science, Cochrane, Ebscohost, Isi Web of Knowledge, Elsevier.
2. Claves de Búsqueda: las palabras claves fueron: mindfulness, estrés, trabajadores humanitarios, trabajadores sanitarios, fatiga por compasión, depresión, ansiedad, burnout, en diversas combinaciones, en español e inglés.
3. Amplitud: también se han examinado las referencias bibliográficas de los artículos encontrados.

Realidad del personal humanitario expatriado

Un desastre se define como "una situación o evento que abruma la capacidad local, que requiere una solicitud a nivel nacional o internacional para obtener asistencia externa; un evento imprevisto y, a menudo, repentino que causa un gran daño, destrucción y sufrimiento humano"[8] (p. 23). El aumento de número de desastres en todo el mundo ha repercutido tanto en la población como en la economía global, pero también es significativo el impacto en la salud física, psicológica y sociológica de las personas involucradas en los trabajos de rescate.

Además, en estos entornos, la plantilla humanitaria expatriada corre un alto riesgo de sufrir violencia[9] y de estar expuesta al terrorismo y a ataques directos. Esta angustia extrema puede tener consecuencias negativas para la salud mental, lo que puede afectar al funcionamiento y la productividad de las organizaciones de ayuda.

Así pues, el personal humanitario tiene que lidiar con historias de miedo y sufrimiento de las víctimas, además del día a día en entornos donde la seguridad no está garantizada. Trabajar en estrecha colaboración con las poblaciones de personas refugiadas o desplazadas y adquirir conocimiento de primera mano de su dolor. Las dificultades y la sensación de desesperación pueden aumentar la vulnerabilidad de los propios trabajadores de socorro al estrés traumático secundario como resultado del evento traumático[10].

Otros factores estresantes como la inseguridad laboral, oportunidades de desarrollo profesional restringido, salarios bajos o condiciones de vida inseguras también pueden llevar al agotamiento y a otros resultados negativos de salud mental[11]. Además, hay evidencias de que hay una fuerte asociación entre el número de despliegues a los que acude el personal humanitario y la depresión. Se ha observado que el riesgo de depresión fue mayor en la primera misión, disminuyó para la segunda y alcanzó un pico con cinco o más misiones[11].

En otros trabajos también se ha observado que los investigadores y profesionales que trabajan con personas que han experimentado un trauma son particularmente propensos a estar involucrados en estos casos de trauma y podemos encontrar síntomas como dificultad o problemas para dormir o vivir con miedo[12].

Algunos de los problemas de salud que se observan en la plantilla humanitaria pueden ser enfermedades físicas, morbilidad psicológica (como angustia, trastorno de estrés postraumático, abuso de alcohol, ansiedad y depresión) e incluso la muerte[13]. Otros problemas incluyen conductas de riesgo, trastornos psicosomáticos, ira no dirigida, pensamientos intrusos y miedo al futuro[10].

Según Perry[12], hay varias razones por las cuales la plantilla humanitaria y profesionales que trabajan con víctimas traumatizadas corren un mayor riesgo de desarrollar un trauma secundario:

- la empatía con las víctimas les hace vulnerables a interiorizar parte del dolor relacionado con el trauma de la víctima;
- tienen que escuchar las mismas historias una y otra vez sin suficiente tiempo de recuperación;
- gran parte de profesionales ha experimentado situaciones traumáticas en su propia vida y el dolor de tales experiencias puede reactivarse cuando trabajan con una persona que ha sufrido un trauma similar;
- las prácticas actuales en los campos del socorro y la salud mental se basan en la prestación de servicios individuales en lugar de prácticas orientadas a equipos y prácticas similares dentro de un sistema fragmentado que causa mayor estrés a la plantilla humanitaria;
- y por la falta de recursos materiales y humanos.

En otro estudio se observó que el fracaso para proporcionar un apoyo adecuado a menudo conduce a altos niveles de angustia psicológica entre la plantilla de la ayuda humanitaria. En su estudio concluyeron que el apoyo social se asociaba significativamente con niveles más bajos de depresión, trastornos psicológicos, agotamiento y falta de logros personales y mayor satisfacción con la vida[14].

Las organizaciones de ayuda humanitaria han empezado a identificar la necesidad de una política institucional y una respuesta a las consecuencias psicológicas del trabajo humanitario. Hay agencias que ya han propuesto programas orientados a seleccionar, capacitar y apoyar al personal, como la fundación Altares y su guía de buenas prácticas para trabajadores humanitarios.

Principales trastornos psicológicos del personal humanitario

Estrés

Definición

Existen definiciones de estrés basadas en diferentes factores o enfoques, como la intensidad del estímulo o la calidad de la respuesta fisiológica o psicológica, o los recursos requeridos por el individuo para enfrentar los problemas y responder al entorno. Así, encontramos varios modelos y teorías para definir el estrés entre los autores, según si el estrés es definido como estímulo, como respuesta o como interacción.

Benson y Klipper, en 1975, ya afirmaron que las situaciones estresantes y la necesidad continua de ajuste ante ellas provoca una respuesta interna fisiológica que prepara al cuerpo para enfrentar el conflicto o huir (“fight or flight”), relacionado con las hormonas adrenalina y noradrenalina[15].

Selye[16], en 1971, propone el modelo del estrés sistémico y lo define así: “el estrés es la respuesta no específica del organismo a cualquier requerimiento efectuado por este” (p.453). Según él, todos los organismos experimentan respuestas fisiológicas generalizadas ante cambios de temperatura o exposición al ruido y denomina a esta

respuesta inespecífica Síndrome de Adaptación General (GAS) con sus tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento.

Por otro lado, Folkman y Lazarus[17]afirman que el estrés es una relación concreta entre la persona y el ambiente, que es estimada por la persona como impositiva, o que supera sus recursos, poniendo en peligro su bienestar. Lazarus propone la teoría cognitiva del estrés, referente a la interacción entre los componentes internos y externos y pone énfasis en el significado que cierto evento tiene en la persona, más que en la respuesta fisiológica que este desencadena. También afirma que el punto de vista de cada persona determina que una experiencia sea percibida como estresante o no. La interpretación que la persona haga de la amenaza percibida establece las consecuencias fisiológicas, cognitivas, emocionales y conductuales de la respuesta ofrecida. Por lo que tendríamos que hacer hincapié en analizar cómo los individuos reaccionan antes este estímulo, para mejorarlo en caso de no estar afrontándolo de la mejor manera.

Otros definen el estrés como: "un elevado nivel crónico de agitación mental y tensión corporal, superior al que la capacidad de la persona puede aguantar y que le produce angustia, enfermedades, o una mayor capacidad para superar esas situaciones (eustrés)" [18] (p.17).

Bernard y Krupat[19] proponen en 1994 el modelo biopsicosocial con 3 componentes:

- Componente externo: que comprende el campo de la psicología cognitiva de Lazarus de 1966.
- Componente interno: se refiere al estrés sistémico basado en la psicología y psicobiología de Selye.
- Y la interacción entre los componentes internos y externos.

Por último, la OMS define el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales fruto del desequilibrio entre las exigencias y presiones ocupacionales a las que se enfrenta el individuo, por un lado, y su nivel conocimientos y habilidades por otro lado; siendo uno de los riesgos psicosociales más importantes en nuestra sociedad[20]. Además, el ámbito sanitario, y más en concreto los médicos y enfermeras, es considerado como uno de los sectores profesionales más expuesto a niveles elevados de estrés, tanto de forma puntual como mantenida[21].

Para resumir, en las definiciones de estrés encontramos varios conceptos, como:

- Estímulo o estresor: fuerzas externas que producen efectos transitorios o permanentes.
- Percepción: procesos perceptuales y cognitivos que producen secuelas físicas o psicológicas.
- Interacción persona-ambiente entre demandas de la situación y capacidades de las personas para enfrentarse a esas demandas.
- Respuesta de la persona (fisiológica o psicológica) ante determinados estímulos "estresores".

Tipos de estrés

Selye diferenció dos tipos de estrés: el positivo (o eustrés) y el negativo (o distrés).

Distrés. Se denomina distrés o estrés negativo a la respuesta que una persona tiene ante una situación que lo supera. Este tipo de estrés provoca cansancio, fatiga y desgaste psicológico. Es el estrés más conocido y resulta muy perjudicial para la salud, tanto física como mental. Este tipo de estrés surge en situaciones tales como un conflicto o una gran carga de trabajo. Se rompe la armonía entre el cuerpo y la mente, lo que impide responder de forma adecuada a situaciones cotidianas[18].

Eustrés: es la respuesta que surge de modo natural en las personas al responder a una situación que requiere activación y gran esfuerzo para ser resueltas. Es un proceso de activación natural necesario a nivel biológico para adaptarse a diferentes situaciones vitales y nos capacita para afrontar situaciones difíciles, en la que se tienen que utilizar más recursos. Aquí encontramos situaciones como estudiar para un examen o realizar una actividad laboral de mayor esfuerzo de duración limitada. El eustrés se percibe como una sensación de apremio que activa a las personas y que las hace más eficaces. Este estado se asocia con claridad mental y condiciones físicas óptimas[18].

Fisiológico y psicológico

El estrés también puede ser clasificado en otras dos categorías: estrés fisiológico y psicológico; según la naturaleza de las respuestas del individuo ante la situación estresante. Así, el estrés fisiológico será todo lo relacionado con las reacciones fisiológicas (aumento de la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea, aumento de la respiración, tensión muscular, aumento de la transpiración, secreción de glúcidos y

lípidos al torrente sanguíneo, digestión más lenta, etc.). Esto es lo que explicó el endocrinólogo Selye en 1946, estableciendo el concepto de Síndrome General de Adaptación (S.G.A.), como un conjunto de procesos y estados fisiológicos de respuesta a una serie de distintos estímulos o estresores[22].

Por otra parte, el concepto de estrés psicológico difiere del fisiológico en que la respuesta depende de la valoración cognoscitiva del significado del estímulo ya que el estrés está en función no solo de las demandas del entorno, sino de la percepción de los individuos de esas demandas y de su habilidad de adaptación. Este tipo de estrés se manifiesta por un síndrome de respuesta subjetiva, donde predomina la sensación de ansiedad, la depresión y la inseguridad; y objetiva, donde encontramos la inquietud, la crítica propia y agresividad. Debido a esto, el estrés puede originar un deterioro de la convivencia laboral y familiar.

Tabla 3: *factores de riesgo de estrés psicosocial*

Factores de estrés psicosocial	
Contenido del trabajo	Falta de variedad en el trabajo, ciclos cortos de trabajo, trabajo fragmentado y sin sentido, bajo uso de habilidades, alta incertidumbre, relación intensa
Sobrecarga y ritmo	Exceso de trabajo, ritmo del trabajo, alta presión temporal, plazos urgentes de finalización
Horarios	Cambio de turnos, turno nocturno, horarios inflexibles, horario de trabajo imprevisible, jornadas largas o sin tiempo para la interacción
Ambiente y equipos	Condiciones malas de trabajo, equipos de trabajo inadecuados, ausencia de mantenimiento de los equipos, falta de espacio personal, escasa luz o excesivo ruido
Cultura organizacional y funciones	Mala comunicación interna, bajos niveles de apoyo, falta de definición de las propias tareas o de acuerdo en los objetivos organizacionales
Relaciones interpersonales	Aislamiento físico o social, escasas relaciones con los jefes, conflictos interpersonales falta de apoyo social
Rol en la organización	Ambigüedad de rol, conflicto de rol y responsabilidad sobre personas
Relación Trabajo-Familia	Demandas conflictivas entre el trabajo y la familia, bajo apoyo familiar, problemas duales de carrera
Seguridad contractual	Trabajo precario, trabajo temporal, incertidumbre de futuro laboral, insuficiente remuneración

Fuente: Jiménez y León, 2010[23].

En la tabla 3 podemos ver los principales riesgos de estrés psicosocial a nivel general. Estos tienen relación tanto con el trabajo como la vida familiar o el entorno que rodea a

la persona, tanto en el momento actual como en experiencias anteriores de su vida o visiones de futuro.

En este estudio nos centraremos más en el enfoque del estrés psicológico, en las distintas maneras de afrontarlo y las consecuencias que con lleva a corto y largo plazo, además de cómo prevenirlo.

Fases del estrés

El estrés no suele venir de manera brusca y repentina, sino que va apareciendo de forma progresiva, pasando por diferentes fases. Según las investigaciones realizadas por Hans Selye, el estrés pasa por tres fases o etapas: la alerta (activación simpático-suprarrenal), la resistencia (activación adreno-córtico-suprarrenal) y el agotamiento (reactivación terminal del sistema simpático-suprarrenal)[24].

Con respecto a la etapa de alerta, el individuo es la fuente de estrés y se desequilibra (internamente): se activa el eje de la hipófisis y las glándulas suprarrenales, se movilizan las defensas del organismo, aumenta la frecuencia cardíaca, se contrae el bazo y se libera gran cantidad de glóbulos rojos, se produce una redistribución de la sangre, abandonando los puntos menos importantes, como la piel (palidez) y las vísceras intestinales, para acudir a músculos, cerebro y corazón; aumenta la capacidad respiratoria; se produce una dilatación de las pupilas; aumenta el índice de coagulación de la sangre y el número de linfocitos (células de defensa). Aparecen síntomas tales como sudoración excesiva, respiración *sin cuerpo* y picos de hipertensión. Esta fase constituye el aviso claro de la presencia de un agente estresante. Estas reacciones fisiológicas advierten a la persona, la cual debe ponerse en estado de alerta una vez percibida la situación. El agente puede ser un exceso de trabajo, por lo que la persona intentará hacerle frente para resolverlo de la mejor manera posible, sin que llegue a materializarse la verdadera señal de estrés. El problema aparece cuando la barrera estresante supera a la persona; esta no puede hacer frente a la situación y se hace consciente del estrés percibido[18].

Es entonces cuando se entra en la segunda etapa: la fase de resistencia. La persona es consciente de sus límites para enfrentarse a la situación, se frustra y aparece el sufrimiento. En esta fase los niveles de corticoesteroides se normalizan y desaparece la sintomatología de la etapa anterior. Si se afronta el estresor adecuadamente, el estrés va

a desaparecer y dejará al individuo fortalecido. Si, por el contrario, esta fase se mantiene demasiado tiempo, veremos consecuencias tanto en el cuerpo como en el cerebro. Puede haber falta de memoria o dudas sobre los recuerdos y fatiga excesiva. La persona gasta mucha energía en intentar salir de esta situación que le causa estrés, pero es un círculo vicioso que le impide salir hacia delante y suele ir acompañado de ansiedad.

Si la agresión se repite con frecuencia o es de larga duración y los recursos de la persona para conseguir un nivel de adaptación no son suficientes, se da pie a la tercera fase o fase de agotamiento, caracterizada por fatiga, ansiedad y depresión, que pueden aparecer de manera aislada o en conjunto. La fatiga y el cansancio no desaparecen tras el descanso nocturno y se suele acompañar de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira. La ansiedad viene tanto por la diversidad de situaciones a las que se enfrenta la persona como por las experiencias que podrían producirse como consecuencia de este estado. También se da la depresión por la falta de motivación, el insomnio, los pensamientos pesimistas y los sentimientos negativos hacia la propia persona.

En la figura 1 podemos ver estas fases representadas según la exposición continuada a los estresores por parte de un individuo. El paso de una fase a la otra es progresivo y depende de la naturaleza del estresor, su intensidad y la propia capacidad de la persona a enfrentarse a él.

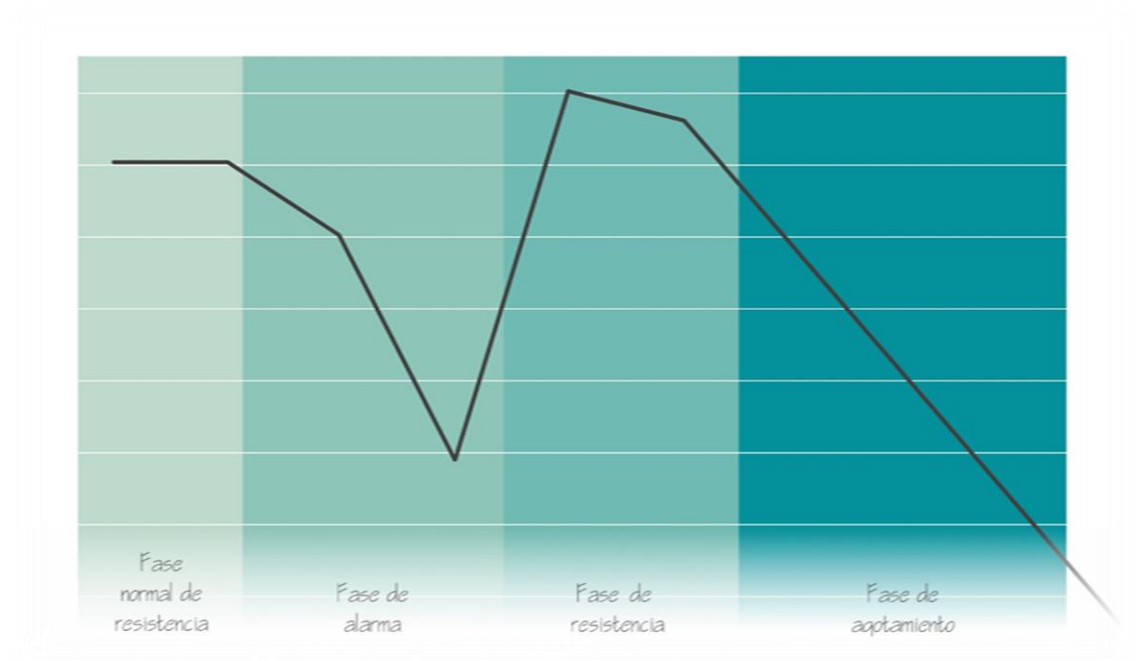

Figura 1: Las fases del estrés según Selye[22].

Causas del estrés

Los factores estresantes no tienen por qué siempre ser negativos, sino que pueden ser situaciones que generen excitación, que demanden un cambio rápido o que se perciban como una amenaza para el individuo. Según la capacidad de éste para enfrentarse a la situación, aparecerán unos u otros impactos, positivos o negativos. Aquí nos centraremos en los estresores que producen respuestas negativas (ver tabla4).

El estrés puede tener una fuente interna o externa. La fuente externa puede ser ambiental, laboral, familiar, etc. La fuente interna se refiere a las propias características de la persona, su manera de afrontar ciertas situaciones y de esperar ciertos resultados, de su forma de ver el mundo, sus creencias, sus valores, sus vulnerabilidades, su ansiedad, entre otros factores.

Tabla 4: *clasificación de estresores*

Estresores Físicos	Estresores psicológicos	Estresores psicosociales
Falta de sueño	Creencias irreales	Miedo de un crimen
Exceso/demasiado poco ejercicio	Exceso de pesimismo	Pobreza
Dieta pobre	Preocupación por la salud	Bajo soporte social
Abuso de drogas	Expectativas irreales	Víctima de crimen
Abuso de alcohol	Exceso de preocupación	Burocracia
Exceso de cafeína	Infancia infeliz	Personas groseras y agresivas en el entorno
Hipoglucemia	Desempleo	Problemas con los vecinos
Falta de relajación	Perfeccionismo	Acoso racial
Cirugía	Soledad	
Dolor crónico	Bajo autoestima	
	Bajo nivel de aserción	
	Aburrimiento	
	Estilo de pensar muy rígido	
	Exceso de autocrítica	
	Exámenes/discursos/presentaciones	

Fuente: Modificado de Lazarus y Folkman

Según un estudio realizado con personal internacional expatriado en medio humanitario sobre las causas del estrés[25], las causas más frecuentes de estrés para el personal fueron 'carga de trabajo', 'capacidad para alcanzar metas y objetivos de trabajo', 'horas de trabajo', 'estado del contrato de trabajo' y 'sentirse infravalorado y / o incapaz de contribuir a la toma de decisiones'.

Consecuencias del estrés

Hay una fuerte y creciente evidencia que indica la asociación entre las quejas de salud relacionadas con el trabajo y la exposición a peligros psicosociales produce una amplia

gama de problemas de salud para el trabajador individual y afecta directamente a la organización.

Según un informe de la fundación ANTARES de 2012[26], es probable que el personal que sufre los efectos del estrés sea menos eficiente y menos efectivo para llevar a cabo sus tareas asignadas. Se convierten en pobres tomadores de decisiones y pueden adoptar conductas que pongan en riesgo a sí mismos o a otros miembros del equipo o interrumpan el funcionamiento eficaz del equipo. Aparecen conflictos internos y se pone en peligro la propia seguridad y la de la población beneficiaria.

Además, el afrontamiento inadecuado al estrés puede provocar síntomas y signos de trastornos psicosomáticos, en los que los procesos mentales pueden tener un efecto directo, concreto y fácil de delimitar sobre una o varias zonas del organismo. Así, pueden aparecer manifestaciones cutáneas como alopecia, acné, urticaria, psoriasis; del aparato locomotor: dolores de espalda, calambres musculares, reumatismo; respiratorias: asma, alergia, rinitis, bronquitis; genitourinarias: vaginismo, impotencia, síndrome premenstrual, micciones dolorosas; endocrinas: hipertiroidismo, obesidad; nerviosas: ansiedad, debilidad, dolores musculares, cefaleas, tics; de los ojos: conjuntivitis[18].

También se han investigado los efectos del distrés crónico en el campo de las enfermedades cardiovasculares puesto que se relaciona con la elevación de la presión arterial, los cambios en el nivel de colesterol en la sangre, así como las alteraciones de la frecuencia cardíaca, que conllevan un incremento dañino de sedimentos en las arterias (aterosclerosis), incrementando el riesgo de enfermedad cardíaca[27].

Los problemas de salud y el aumento de accidentes también se asocian con demandas de trabajo estresantes, inseguridad laboral y cambios en las responsabilidades laborales[19].

Relación entre estrés, ansiedad y depresión

Cuando la demanda del ambiente es excesiva en relación con los recursos de afrontamiento del individuo, se desarrollará una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. A su vez, esta reacción se acompaña de una serie de emociones negativas (desagradables). Así, mientras que el estrés ocasional puede controlarse con relativa facilidad y conductas saludables, el estrés crónico puede derivar en graves problemas de salud, como ansiedad, depresión,

dolor muscular, presión arterial alta, formación de trombos, debilitamiento del sistema inmunológico, insomnio y obesidad[28].

Se considera la ansiedad como una de las manifestaciones psicológicas más peligrosas del estrés y, a la depresión, como uno de los riesgos terminales de este. De igual forma, se presentan las enfermedades psicosomáticas que se manifiestan orgánicamente pero cuyo origen es psicológico.

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino a la anticipación del individuo a los posibles peligros futuros. Se manifiesta ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico. Las personas con trastorno generalizado de ansiedad pueden tener problemas para dormir o para permanecer dormidas, sentirse cansadas todo el tiempo, tener dolores de cabeza, musculares o del estómago, presentar temblores o tics (movimientos nerviosos), sentirse irritables o nerviosas. En la ansiedad se presenta con frecuencia preocupación excesiva y persistente, se experimenta una gran dificultad para controlar esa preocupación[29].

Según Baum y Polsusnzy[28], también podemos categorizar como ansiedad los trastornos de pánico, los trastornos fóbicos, el trastorno de estrés postraumático (caracterizado por pensamientos intrusivos y desagradables del trauma que una vez experimentado se manifiesta a través de acciones conductuales problemáticas) y el trastorno obsesivo compulsivo (pensamientos, imágenes o acciones persistentes e irreprimibles).

Por otro lado, la depresión se caracteriza por afectar la capacidad de pensar con lucidez, reduce la motivación para actuar, modifica funciones físicas y mentales experimentando falta de concentración, sensación constante de cansancio, demasiado sueño o dificultad para dormir o cambios en el apetito, dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian con tratamiento[30.] Esto puede llegar ser muy incapacitante para el individuo para la realización de tareas diarias o para el trabajo.

El Estudio de la carga mundial de la enfermedad estableció por primera vez la carga sustancial de mortalidad y discapacidad asociada con las enfermedades mentales. Se predice que la depresión, la cuarta carga principal de enfermedad en 1990, pasará al segundo lugar en 2020[31].

También hay que mencionar el concepto de rumiación, que suele estar presente en el estrés y la ansiedad y el cual es un síntoma característico de la depresión. La rumiación es un proceso introspectivo que tiene como propósito participar en la solución de problemas cognitivos para aliviar el estado de ánimo bajo mediante la reflexión y los reproches o rumiación negativista sobre uno mismo y las situaciones al comparar de forma pasiva la situación actual con algún estándar no alcanzado[32].

En resumen, en ambos trastornos veremos afectadas las funciones mentales como inquietud, fácil irritabilidad, dificultad para concentrarse y/o dormir; pero también las físicas como tensión muscular y fatiga. Por lo tanto, tendremos que trabajar sobre la gestión y prevención de estos desórdenes para que interfieran lo mínimo posible en la realización de tareas y en la atención a la población beneficiaria por parte de la plantilla humanitaria.

Factores desencadenantes del estrés en el medio humanitario

Los trabajos en emergencias complejas implican múltiples factores estresantes resultantes del entorno laboral y la separación de la red de apoyo psicológico y social, entre otros. Las emergencias complejas pueden ser el resultado de desastres naturales o tecnológicos, epidemias o conflictos y son definidas por las Naciones Unidas como "crisis humanitaria en un país, región o sociedad donde existe un desglose total o considerable de la autoridad como resultado de un conflicto interno o externo y que requiere una respuesta internacional que va más allá del mandato o la capacidad de cualquier agencia y/o del programa en curso de las Naciones Unidas para el país"[33]*Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (*OCHA) Sección C.

En la tabla 5 podemos ver, de manera resumida, los agentes estresantes para la plantilla humanitaria en terreno.

Tabla 5: *agentes estresantes en terreno*

Ámbito	Agentes estresantes
Familiar	Falta de comunicación Entorno delicado debido a la implicación emocional de los individuos Posibles problemas en la familia que no puede resolver desde terreno
Laboral	Horarios intensivos Falta de recursos materiales y humanos Relación con compañeras/os Tareas confusas, delegación insuficiente de responsabilidades, proceso de toma de decisiones poco claro, procedimientos confusos. Sobrecarga de trabajo o inactividad
Social	Cultura diferente, costumbres religiosas que pueden ser limitantes Falta de actividades de ocio o de desconexión del trabajo Hostilidad Presencia de medios de comunicación
Personal	Condiciones de vida en la zona de destino Alojamiento: Falta de intimidad, casas muy pequeñas, huéspedes frecuentes. Comida: diferente, dieta monótona, higiene inadecuada en la cocina.
Ambientales	Climas extremos Riesgo de desastre natural Emplazamiento: largas distancias Transporte**:** Carreteras en malas condiciones, medios de transporte inadecuados, dependencia de un transporte semanal/mensual para los suministros Inseguridad, puestos de control, movimientos militares, disturbios civiles, restricciones de movimiento o toques de queda Incidentes, robos, atracos, saqueos, amenazas Corrupción

Fuente: elaboración propia

También, podemos encontrar diferentes reacciones individuales según estas variables:

- Tipo de emergencia: las emergencias tecnológicas tendrán más impacto que las naturales debido a las expectativas de control y previsión sobre los primeros. Igualmente, las producidas por el hombre conllevan un mayor grado de estrés por la implicación ética y moral de la intencionalidad que potencializa el miedo y la ansiedad con sentimientos de rabia y odio.
- Hora del Desastre: los nocturnos suelen provocar más víctimas y problemas emocionales debido al factor sorpresa ya que la gente generalmente está dormida, su respuesta inicial es más lenta y confusa.
- Duración: cuanto más se alargan las duras jornadas de trabajo, más aumentan los riesgos para la plantilla por el agotamiento físico y psicológico.

- Grado de exposición a las zonas más traumáticas (recogida de cadáveres, rescate de víctimas conocidas...)
- Cultura y/o etnia de las víctimas: dificultades por las diferencias culturales o de idioma.

Además, podríamos añadir estos estresores característicos del trabajo en terreno:

- Insectos y animales: mosquitos, moscas, serpientes, escorpiones, pulgas, chinches.
- Preocupaciones por la higiene y la salud: riesgo de malaria, diarrea, largas distancias entre hospital y alojamiento, sistema sanitario incompleto.

Por otra parte, según las encuestas sobre el bienestar del Personal Humanitario de 2014 y 2015, lo que más influye en la salud mental de la plantilla son, principalmente, las condiciones laborales (carga de trabajo, claridad de las tareas, calidad de la supervisión, inseguridad laboral y falta de perspectivas de carrera), dejando en un segundo plano el tipo de contrato y la ubicación del trabajo.

Estrategias de afrontamiento ante el estrés

Cada individuo hace frente al estrés de una manera diferente, dependiendo de diversos factores, tales como los antecedentes de estrés, la naturaleza de este, la experiencia de la persona o el tipo de personalidad de cada una. A partir de los años ochenta, cuando se considera al estrés como la relación existente entre el sujeto y el entorno, se fue desarrollando el término “afrontamiento” en las investigaciones del estrés. La aparición, duración e intensidad de la respuesta al estrés ya no depende solo del evento que lo desencadena, sino de la evaluación que el individuo realice de la situación y de los recursos con que cuenta para afrontarla. Existen dos tipos de estrategias: las adaptativas, que van a reducir el estrés y promover estados de salud a largo plazo, o las desadaptativas, las cuales pueden reducir el estrés a corto plazo pero que conllevarán consecuencias graves a largo plazo[34].

El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para controlar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo[35]. Se considera que este afrontamiento puede tener las funciones de:

- Eliminar o modificar la fuente de estrés con respuestas directas y activas

- Cambiar el significado psicológico del acontecimiento, neutralizando su carácter problemático para la persona
- Mantener tolerables las consecuencias emocionales del estrés sentidas por la persona

Así pues, tenemos diferentes estrategias de afrontamiento. Folkman y Lazarus[36]proponen dos generales:

1) Afrontamiento directo: aplicado externamente a la fuente ambiental del estrés. En este caso, se busca alterar la relación individuo-ambiente manipulando el entorno.
2) Afrontamiento indirecto o acción paliativa: aplicado a las propias emociones. La persona intenta reducir el trastorno cuando es incapaz de controlar el ambiente. Se intenta regular la respuesta emocional resultado de la situación estresante.

Burnout

Definiciones

El término burnout, "síndrome de estar quemado" en castellano, se refiere a una situación que cursa con agotamiento (físico-fisiológico y psicológico) como consecuencia a la exposición prolongada a altos niveles de tensión, esfuerzo y dedicación con altas demandas emocionales.

Este término fue utilizado por primera vez por Freudenberger en 1974, que definía el proceso de deterioro en la atención y cuidados profesionales en los trabajadores de los servicios sociales (educación, sanidad, voluntariado...). Este investigador americano comenzó el estudio de la vulnerabilidad de los profesionales de la salud en situaciones estresantes y describió el proceso que lleva a la condición de "quemarse", en el cual la dedicación, el compromiso laboral y el interés de los trabajadores por los pacientes se agota, la dedicación se reemplazada por apatía y la consideración por cinismo. Desde 1994 está catalogado por la Organización Mundial de la Salud como enfermedad laboral y está muy presente entre los profesionales de la salud, además es motivo de gran preocupación en atención primaria.

La doctora Maslach et al.[37]definen este trastorno como "un síndrome tridimensional caracterizado por: (1)agotamiento emocional, descrito también en términos de desgaste,

pérdida de energía, fatiga, debilitamiento, etc.; (2) sentimientos de cinismo, acompañados por el desapego del trabajo, actitudes negativas o inapropiadas y la despersonalización y deshumanización hacia el receptor de los servicios, además de irritabilidad, pérdida del idealismo y evitación interpersonal; y (3) una sensación de ineficacia y falta de realización personal.

Para diferenciarlo del estrés, Pines y Keinan[38]afirman que "la causa raíz del agotamiento reside en las necesidades de las personas para creer que sus vidas son significativas, que las cosas que hacen son útiles e importantes"(p. 626). Estos autores hablan con un enfoque de idealismo frustrado añadiendo que, cuando las personas que esperaban un sentido de significación existencial de su trabajo se dan cuenta, por uno u otro motivo, que su trabajo es insignificante o no le da la gratificación que esperaba de él, comienzan a sentirse impotentes y sin esperanza, agotados frente a esta frustración.

Al igual que la fatiga por compasión, este es un síndrome derivado de la actividad de ayudar y proporcionar cuidado a aquellas personas que presentan una necesidad. Con la diferencia de que el burnout resulta del estrés de las interacciones de profesionales sanitarios con su entorno y la fatiga por compasión es consecuencia de la relación del profesional sanitario con el paciente.

El burnout se ha estudiado ampliamente en muchas disciplinas, sobre todo en aquellas de servicios humanos en las que la plantilla tiene que interaccionar con pacientes/clientes, con sus diferentes realidades y situaciones y se ha relacionado con la disminución del rendimiento laboral, la menor satisfacción en el trabajo y los resultados negativos de salud física y mental[37].

En la misma línea, en un estudio sobre una muestra de 53 trabajadores humanitarios nacionales e internacionales en Darfur, los autores identificaron que el 37% reportó estrés en el trabajo y posible burnout (una puntuación mayor de 16 en la escala Relief Worker Burnout Questionnaire de Ehrenreich, 2001). También afirman que éste se relaciona positivamente con la angustia general y el estrés traumático secundario, y negativamente con la satisfacción de la compasión[10].

En otro estudio se identifican varios tipos de estrés relacionado con el trabajo:

- físico, incluyendo dolores de cabeza, trastornos del sueño, malestar estomacal y músculos tensos;

- emocional, incluyendo irritabilidad, cambios de humor, sentirse deprimido, ansioso o entumecido;
- mental, incluida la dificultad para concentrarse y el olvido;
- interpersonal, incluido el sentirse retraído, abrumado por personas o solitario; y
- espiritual, incluido sentirse vacío, perder el sentido del significado, propósito, esperanza o conexión[39].

Consecuencias del Burnout

El burnout presenta una importante relación entre las disfunciones laborales como la rotación y el absentismo, y las disfunciones personales, tales como cansancio físico, insomnio, aumento del consumo de alcohol y drogas, problemas familiares y conflictos de equipo debido a la hostilidad o cinismo[40].

Estas alteraciones emocionales y fisiológicas pueden aumentar los errores en la práctica y, siendo esta una profesión de la que dependen vidas humanas, habría que hacer hincapié en el tratamiento pero, sobre todo también, en la prevención de este problema para no causar más daño durante la intervención en ayuda humanitaria.

Tabla 6: *Consecuencias del Burnout*

Grupo	*Consecuencia*
Signos y síntomas físicos	Fatiga, la sensación de estar exhausto (cansancio crónico) Indiferencia o frialdad Sensación de bajo rendimiento profesional Frecuentes dolores de cabeza Disturbios gastrointestinales Alteraciones del sueño (insomnio) Deficiencias respiratorias
Síntomas conductuales	Alteraciones en el comportamiento que afectan a: compañeros, pacientes, familiares de los pacientes y familiares
Síntomas psicológicos	Necesidad de trabajar de forma más intensa Sentimiento de impotencia frente a las situaciones de vida laboral Sentimiento de confusión e inutilidad Irritabilidad Poca atención a los detalles Absentismo laboral Sentimiento de responsabilidad exagerada o fuera de contexto hacia la situación de enfermedad del paciente Actitud negativa Rigidez Bajo nivel de entusiasmo

Fuente: McConnell (1982) citado de Barría[41].

En la tabla 6 se pueden ver las principales consecuencias del burnout, divididas en síntomas físicos, conductuales y psicológicos.

Desencadenantes del Burnout dentro del entorno humanitario

Los factores estresantes físicos pueden incluir peligros biológicos, biomecánicos, químicos y radiológicos o psicosociales y definen los peligros psicosociales como: "los aspectos relativos al diseño del trabajo, así como a su organización y gestión, y a sus contextos sociales y ambientales, que tienen el potencial de causar daños de tipo físico, social o psicológico"[24](p.14).

En cuanto a los factores estresantes del trabajo nos referimos a las situaciones ambientales o eventos potencialmente capaces de producir el estado de estrés. Los factores de estrés pueden ser de origen físico o psicosocial y ambos pueden afectar la salud física y psicológica, interactuando entre sí.

Según la autora Maslach[37]el Burnout puede estar provocado, principalmente, por estas seis causas:

1. Sobrecarga de trabajo

2. Falta de control sobre el trabajo

3. Recompensas insuficientes

4. Problemas de la comunidad laboral, como la falta de cortesía y la falta de apoyo entre los trabajadores del trabajo

5. Falta de imparcialidad, como desigualdad de pago, promociones o carga de trabajo

6. Conflicto entre los valores personales y los requisitos de un trabajo

Además, podemos afirmar que la plantilla humanitaria se encuentra en especial riesgo de experimentar agotamiento emocional y estrés laboral debido a sus difíciles condiciones de trabajo, que incluyen un ambiente multifuncional y emocionalmente intenso, recursos limitados, salarios relativamente bajos y lidiar con demandas conflictivas entre su ética profesional y su trabajo real en el campo.

Asimismo, se da la situación de que el personal asistencial suele tener una filosofía muy humanística del trabajo de campo pero, cuando se topan con la realidad, encontrándose con un sistema deshumanizado y despersonalizado al cual deben adaptarse, la diferencia

entre las expectativas y la realidad contribuye en gran medida al estrés experimentado por este. Además, hay que destacar que al personal humanitario se le exige una intensa implicación con gente que se encuentra en situaciones problemáticas y tiene que hacer frente a sentimientos como frustración, temor o desesperación; que puede desencadenar en tensión o estrés y llegar a un estado de burnout. El personal se tiene que adaptar a otro medio ambiente que no es su hogar y convivir con otras personas. Por ello, el estrés laboral puede afectar su salud integral en el ámbito físico, psicológico y social, así como su desempeño laboral.

Fatiga por compasión

Definición

La "Fatiga por Compasión" o "desgaste por empatía" es un concepto reciente, introducido en el año 1995 en el área de la salud por Charles Figley, director del *Traumatology Institute at Tulane University* (New Orleans). Este autor observó que los participantes que se "involucraron emocionalmente" (a menudo demasiado) en el desastre tenían, como resultado, la traumatización secundaria o indirecta[42].

La fatiga por compasión es el resultado progresivo y acumulativo del contacto prolongado, continuo e intenso con los pacientes, la auto-utilización y la exposición al estrés multidimensional que conduce a una incomodidad compasiva que excede los niveles de resistencia de los trabajadores sanitarios. La fatiga por compasión es un estado en el que la energía compasiva se gasta más allá de la restauración y causa marcados cambios físicos, sociales, emocionales, espirituales e intelectuales de una manera progresiva[43].

"Fatiga por compasión", "Victimización secundaria", "Traumatización vicaria" o "Contagio emocional" son algunos de los términos con los que se denomina el estrés postraumático sufrido específicamente por terapeutas, o cualquier otro profesional involucrado en el manejo de situaciones altamente estresantes y/o traumatizantes, dado que la empatía es un recurso importante en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes[44].

Encontramos cuatro grandes factores que contribuyen al desarrollo de la fatiga por compasión: pobre autocuidado, trauma pasado no resuelto, la incapacidad para controlar los factores del estrés y la falta de satisfacción en el trabajo.

Los síntomas de la fatiga por compasión son generalmente de inicio rápido y se asocian con un evento particular. Pueden incluir tener miedo, dificultades para dormir, el individuo revive las imágenes del evento perturbador o evitar cosas que le recuerden el evento[43]. Se caracteriza por tres grupos de síntomas muy similares a los del Trastorno por Estrés Post Traumático que sufren los pacientes o personas con traumas:

1. Reexperimentación (revivir, recordar con una gran carga emocional).
2. Evitación y embotamiento psíquico (actitudes de distanciamiento tanto físico como afectivo de las personas, no solo pacientes).
3. Hiperactivación o hiperarousal (estado de tensión, alerta permanente y reactividad)

Estrategias de afrontamiento ante los trastornos psicológicos por parte del personal humanitario

El personal humanitario, en su intento de encontrar un nuevo equilibrio interno, puede responder ante estrés no resuelto con cambios de comportamiento. Una de estas reacciones ha sido llamada "*enmeshment*" que implica una visión de las situaciones en "blanco o negro", llegando a tratar a la población beneficiaria con hostilidad y cinismo o se puede desarrollar "la culpa del superviviente" con una identificación excesiva con la población beneficiaria[45]. Esta reacción puede ser más común en la plantilla humanitaria más joven e idealista. Por el contrario, las reacciones de evitación de distanciamiento, abstinencia y negación pueden ser más comunes entre el personal experimentado.

Además, el personal podría exhibir conductas autodestructivas como trabajar hasta el agotamiento, consumir cantidades excesivas de alcohol o participar en encuentros sexuales sin protección. Este comportamiento está definido en psiquiatría como una respuesta disociativa: el individuo se siente distante de su yo anterior y del entorno, en el que podría haber actuado con más cautela.

Por otra parte, existen diversas estrategias de afrontamiento adaptativas de carácter individual para el control del estrés, como la práctica de la relajación en situaciones generadoras de estrés, práctica de yoga, taichí u otras actividades físicas, el entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y solución de problemas, así como diversos procedimientos de reestructuración cognitiva. El personal humanitario en general, como grupo ocupacional, puede adaptarse a los factores estresantes agudos y crónicos de su trabajo y demuestra una gran capacidad de recuperación[7].

Sin embargo, en el propio ámbito laboral, el personal difícilmente puede alterar su ambiente para evitar las situaciones de estrés. Es por esto que las estrategias de afrontamiento van a ir más encaminadas a la respuesta emocional que a las causas externas o la resolución del problema base, ya que éste dependerá en gran medida de la naturaleza de la situación, de las condiciones ambientales, personas ajenas al personal humanitario, pacientes… está fuera del control del equipo de trabajo.

En palabras de la trabajadora humanitaria Alessanda Pigni, quien desarrolló un proyecto de Mindfulness para ONG en el *Oxford Mindfulness Centre*, llegó a la conclusión de que en un intento por cuidar de los demás, la plantilla podría llegar a ser víctima de su propia salud mental y que el principal factor estresante no era ya la situación política volátil o los puestos de control militar, sino la propia relación interna con los gerentes o por los conflictos con el equipo. Observó que las amenazas eran internas y esto lleva a la plantilla humanitaria a un alto riesgo de agotamiento físico, mental y emocional debido al propio "complejo salvador" y las disfunciones organizacionales, más que por el trastorno por estrés postraumático (TEPT) causado por vivir y trabajar en una zona de conflicto. Según comenta en su libro "The Idealist's Survival Kit. 75 Simple Ways to Avoid Burnout."(2016), muchos de los trabajadores asumen que no pueden tener control sobre la guerra, así pues lo que más les produce irritación son los conflictos entre el equipo y los problemas organizacionales[46]**.**

Por esto mismo, las respuestas al estrés laboral requieren la participación activa de toda la organización. Deberían proponerse cambios en la estructura organizacional, rediseñar puestos, realizar selecciones de personal correctas y desarrollar sistemas de promoción adecuados[47]. Es necesario que la decisión de implantar un entrenamiento psicológico para la plantilla provenga de la propia organización para restar responsabilidad/carga de

trabajo al propio personal. Ya que, según el Comité Permanente entre Organismos[48](IASC por sus siglas en inglés), la provisión de apoyo para mitigar las posibles consecuencias psicosociales de la labor en crisis es una obligación moral y una responsabilidad de las organizaciones que les contratan. Así, tendrá que tenerse en cuenta la salud mental de personas voluntarias y empleadas, expatriadas y locales, para proteger y promover el bienestar y ser más eficaces en el trabajo de ayuda humanitaria y socorro.

El Mindfulness como técnica de prevención de los trastornos psicológicos en ayuda humanitaria

Como hemos visto, el individuo puede hacer frente a los problemas de manera individual, centrándose en el problema o en la emoción. Para el personal humanitario, que se encuentra continuamente expuesto a estresores, será imprescindible adquirir destrezas para la resolución de problemas que le ayuden a la gestión emocional de los eventos críticos o situaciones estresantes. El autocuidado tendrá que ponerse en primer lugar, habrá que entrenar también el autoconocimiento y la asertividad para que no se generen situaciones en las que el individuo tienda a huir y que pueden ser perjudiciales tanto para el personal como para el trabajo en campo.

Otra técnica que ayuda a la gestión emocional sería la meditación, contemplar el mundo y nuestros pensamientos sin juzgar, tal y como son. Se ha evidenciado que la meditación en plena conciencia y la Terapia de Reducción del Estrés basada en mindfulness, que fue desarrollada por Kabat-Zinn, tiene gran utilidad para propiciar las emociones positivas, aumentar el autoconocimiento y reducir el estrés.

¿Qué es el Mindfulness?

El Mindfulness se trata de una terapia secular con sólida base científica. No es una terapia moderna, sino que estas prácticas meditativas de atención plena se cultivan desde hace siglos en las tradiciones contemplativas orientales.

Mindfulness es la traducción de la palabra *sati*, que viene de la lengua, ya extinguida, pali. Este es uno de los idiomas en los que fueron escritos los discursos de Buda unos 2,500 años atrás. Este concepto se entiende como “conciencia plena, “atención plena” u “observación clara”, pero también tiene componentes como “memoria” o “recordar”. Así pues, este término alude al hecho de que es necesario vivir un fenómeno con atención plena para crearlo en nuestra mente o poder recordarlo. En el ámbito budista, este es un método de ayuda a la reducción del sufrimiento, para mejorar la convivencia y promover cualidades positivas como la sabiduría, el ‘*insight’* o la compasión[49]. La meditación de la atención plena es una disciplina formal que intenta crear una mayor

conciencia y, en consecuencia, una mayor comprensión en el practicante. Va más allá de una meditación concentrada en un solo punto al introducir una apertura a todas las experiencias. La atención plena es un momento consciente a la conciencia del momento, cultivada al prestar atención sistemática al propósito o intención.

Así pues, tenemos varias definiciones, como la de Baer[50] "la observación ausente de juicios de la continua corriente de estímulos internos y externos, conforme estos van apareciendo" (p.125). Bishop et al.[51], definen el mindfulness como "un proceso de regulación de la atención cuyo fin es el logro de una conciencia no-elaborativa de la experiencia actual y una forma de relacionarse con la propia experiencia con una orientación de curiosidad, apertura y aceptación" (p. 234). Y Kabat-Zinn[49]lo define como "el estado de conciencia que emerge a través de prestar atención en el momento presente, de forma intencional, y sin juzgar, a la experiencia que se despliega momento a momento" (p. 145). Linehan[52]diferencia seis habilidades de la atención plena, tres referidas a lo que la persona está haciendo(observando, describiendo y participando) y tres que se relacionan con la forma en que la persona lo está haciendo, el cómo (sin juzgar, atención focalizada y la calidad de desempeño de la tarea).

Es a partir de los años 70-80 cuando este concepto se empieza a relacionar con la psicología y la medicina. En 1979 el mindfulness da el gran salto en occidente, con la fundación del *Center for Mindfulness*, en la Universidad de Massachusetts (EEUU), gracias a Jon Kabat-Zinn, quien desarrolló la técnica de "Reducción de Estrés basado en la Atención Plena" (MSBSR por sus siglas en inglés).

En la actualidad podemos encontrar diversas técnicas terapéuticas occidentales en las que el mindfulness juega un papel importante. Estas son:

- La reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR);
- La terapia cognitiva de la depresión basada en mindfulness (MBCT)[53];
- Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT)[52], utilizada en el tratamiento en trastorno límite de personalidad;
- La terapia de aceptación y compromiso (ACT).

Las recomendaciones de Kabat-Zinn[49] para la práctica de atención plena son: no juzgar, aceptación, mente de principiante, no esforzarse, paciencia, soltar o practicar el

desapego, confianza y constancia. Se trata de desconectar el "piloto automático" y sentir el día a día, cada actividad que realizamos tiene que ser consciente.

Podemos entender el mindfulness como un estado o como una tendencia disposicional o rasgo estable. Un elemento característico de la definición como estado son las actitudes, entre las cuales se destacan la curiosidad, la apertura y la aceptación hacia el objeto de observación[51].

Para resumir, se trata de vivir el momento presente y estar en contacto con la realidad, sintiendo cada minuto que pasa y siendo plenamente conscientes de los que estamos haciendo. Centrarse en el momento presente quiere decir no perderse en el pasado (se puede echar de menos, rememorar tiempos mejores, lo que suele ocurrir en la depresión) o en el futuro (preocupándose por los planes o temiendo lo que va a ocurrir, circunstancia propia de la ansiedad). Es una capacidad humana universal y básica, es la práctica de la autoconsciencia. Con esta práctica se desarrolla la capacidad de concentración de la mente y esto trae la serenidad, lo que nos conduce a un aumento de la comprensión de la realidad y nos aproxima a percibirla tal y como es.

El Mindfulness en la literatura científica

De acuerdo con la Asociación Americana de Investigación en mindfulness (AMRA por sus siglas en inglés, 2018) existen más de 3,700 estudios sobre mindfulness. Hay que destacar la crecida exponencial de la investigación en este tema desde el año 2005 (ver figura 2).Tan solo en el año 2017 podemos encontrar 692 estudios publicados sobre mindfulness.

En el año 2010 se editó el primer volumen de la revista llamada mindfulness, cuyo principal objetivo es la divulgación del avance científico, la práctica clínica y las teorías referentes al mindfulness.

Esta creciente aceptación de mindfulness es, en parte, debido a los diferentes estudios en medicina y neurociencia que han demostrado su efectividad clínica, así como los beneficiosos efectos a nivel fisiológico y cerebral que puede producir.

En la Figura 2 podemos ver la evolución de las publicaciones desde 1980 a 2007:

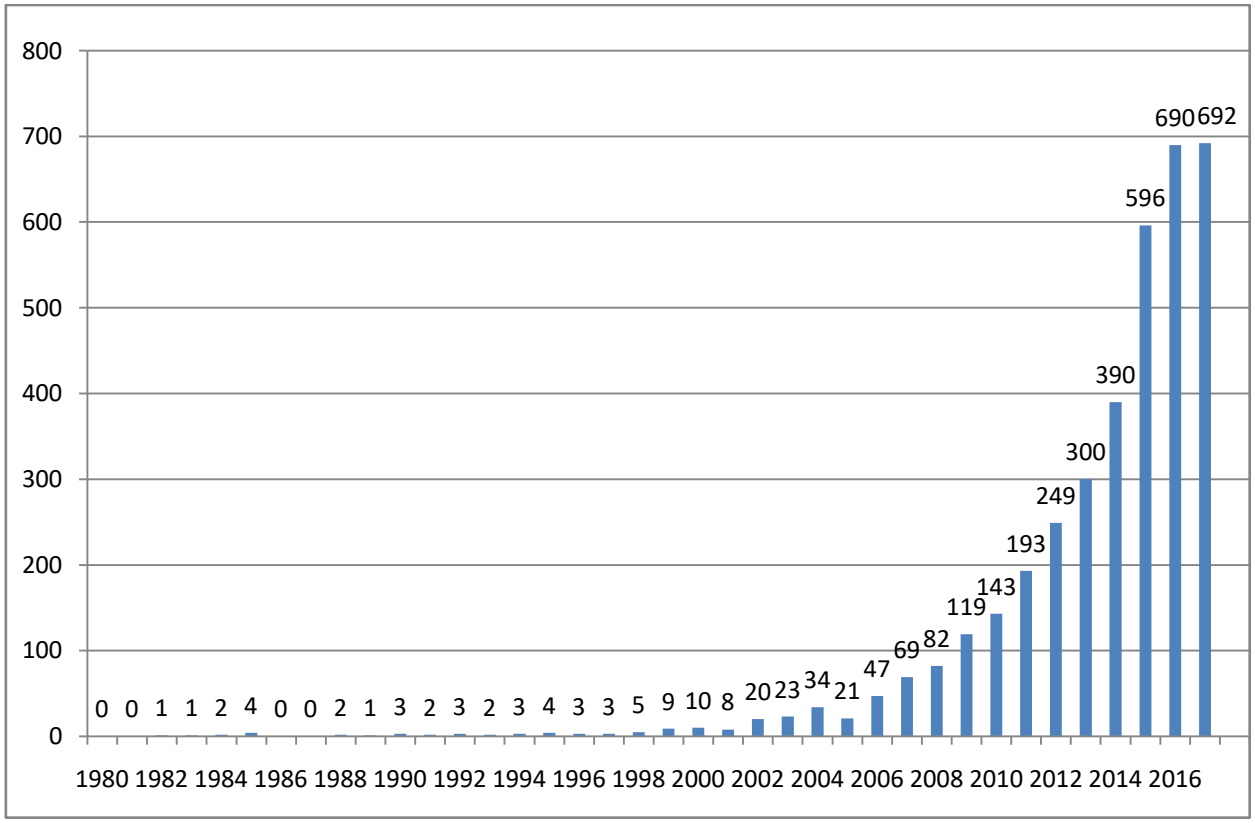

Figura 2: Publicaciones de Mindfulness 1980-2017

El concepto contemporáneo de mindfulness comenzó a utilizarse dentro de la medicina en la década de 1970. Desde entonces, se han llevado a cabo, como podemos ver la figura 1, varios estudios destinados mostrar la evidencia científica de esta práctica, tanto en muestras clínicas como en no clínicas y con muestras específicas sobre la plantilla del sector de la salud. En 1975 encontramos un artículo de Deatherage sobre el uso clínico de mindfulness en psicoterapia y, en 1979, Kabat-Zinn comenzó a implantar el programa MBSR en el hospital de la Universidad de Massachusetts y realiza un estudio, en 1982, que concluye con que el mindfulness puede ayudar a pacientes con dolor crónico y otras enfermedades crónicas. Es en los 90 cuando empezamos a ver más investigaciones sobre el efecto de mindfulness sobre trastornos como la ansiedad, la depresión debido a condiciones laborales o situaciones clínicas específicas.

Van apareciendo autores como los psicólogos John Teasdale y Mark Williams (Reino Unido), y Zindel Segal (Canadá), que estudian el potencial de mindfulness para prevenir las recaídas de la depresión.

Por ejemplo, el uso de mindfulness como elemento central en el entrenamiento de habilidades en *Diallectical Behavior Therapy* para pacientes con autolesiones crónicas

con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad introdujo el término a muchos practicantes que no estaban familiarizados con tales prácticas meditativas anteriormente.

En segundo lugar, Kabat-Zinn y sus colegas demostraron que el enfoque de MBSR para el dolor crónico, el estrés y la ansiedad en un entorno hospitalario podría ser eficaz, realizando un ensayo controlado aleatorio posterior que demostraba la efectividad de MBSR como tratamiento para la psoriasis[54].

En 1998 se realiza un trabajo con una muestra de 78 estudiantes de estudios en medicina, con un programa de 8 semanas de reducción del estrés basado en mindfulness y obtuvieron como resultado que esta intervención podía:

- reducir la angustia psicológica general resentida, incluida la depresión,
- reducir la ansiedad estado y la ansiedad rasgo,
- aumentar los puntajes en los niveles generales de empatía y
- aumentar puntajes en una medida de experiencias espirituales evaluadas al finalizar la intervención[55].

Otro ejemplo sobre esta intervención de 8 semanas, pero en el ámbito fisiológico, es la evidencia encontrada de que su práctica puede reducir el tamaño y la respuesta excesiva de la amígdala, el cual es un órgano cerebral asociado con el estrés que las personas experimentan[56]y regula las respuestas, de agresividad, huida y evitación.

Por otra parte, a pesar de este gran número de investigaciones, en muchos trabajos se sigue apelando a la falta de consenso en cuanto a la duración de las intervenciones, el modo de ejecución de la práctica, los instrumentos de valoración utilizados o la falta de un grupo control[57,58].

Inicios de mindfulness en medicina y psicología

Mindfulness pertenece a las terapias de tercera generación las cuales tienen como objetivo principal cambiar el modo en que la persona se relaciona con los propios contenidos de la mente, mediante la aceptación y la observación metacognitiva. Estas terapias han transformado en los últimos años el enfoque de intervención psicoterapeútica, incorporando el modelo de “cambio” de conducta y/o pensamiento y el de “aceptación” de aquello que no se puede cambiar en la vida[59]. Se insta a la persona a observar y sentir su comportamiento (observación) y a comprometerse con esa actividad

(mindfulness como compromiso) favoreciendo la capacidad adaptativa del individuo al tener en cuenta la flexibilidad y variabilidad del comportamiento[60].

Es en el año 2000 cuando se crea y publica la Terapia Cognitiva Basada en mindfulness (MBCT) y se consolida como una de las áreas de estudio más relevantes dentro de la medicina y las terapias psicológicas. En España, García-Campayo[61]analiza cómo influye la intervención mindfulness en los profesionales de la salud: "Existen estudios en profesionales sanitarios que confirman que las técnicas de meditación sirven para mejorar el afrontamiento ante el estrés y la empatía. Se observa que «estar atento» disminuía la tendencia a cargar con las emociones negativas de otros" (p. 364). Pero además afirma que el mindfulness también consigue mejorar el pronóstico de los enfermos en aspectos evaluados por el profesional (impresión clínica global) o por el propio paciente (ansiedad, somatización, ira/hostilidad, fobias y obsesividad), habiendo también metaanálisis sobre los trastornos de ansiedad y depresión en estos.

Componentes de la conciencia plena y la importancia para el trabajo de campo

Atención al momento presente

Uno de los componentes fundamentales de la atención plena es la atención. En este contexto prestar atención implica observar las experiencias, internas y externas, del momento presente. Se trata de centrarse en el momento que estamos viviendo en el actual, sin perderse en el pasado (rumiaciones) o en el futuro (temores, expectativas y deseos). No hay consenso sobre si la atención debe dirigirse a la experiencia interna o hacia la actividad que se está realizando. Hay quienes lo focalizan a los propios procesos internos, como Bishop et al.[51] que señalan que lo esencial es la autorregulación de la atención en torno a estos; o, por el contrario, hay quienes afirman que se trata más bien de atender a las actividades de la vida diaria, como Brown y Ryan[62]. En todo caso, este componente aparece en todos los modelos de conciencia plena.

En el contexto humanitario y, sobre todo, en el sector de la salud en terreno, este componente es clave para aumentar la eficiencia de cada actividad. Cuando se está en una situación de alto estrés, en medio de una cirugía compleja sin todos los medios necesarios, la concentración es crucial para llevar la tarea de la forma más precisa posible, sin decaer o distraerse por la falta de recursos, organización o las expectativas.

Apertura a la experiencia

Este concepto se refiere a la capacidad de observar con la "mente del principiante", sin filtrar la información con las propias creencias. Se trata de una observación directa de los objetos y acontecimientos como si fuera la primera vez que nos encontramos con ellos. Esto también implica la apertura a la experiencia negativa y observar lo que ocurre con curiosidad, queriendo saber más[51].

Este componente ayuda a asimilar más conceptos y más información. Al estar bajo presión, es posible que los profesionales tiendan a hacer lo que siempre hicieron, con el piloto automático, y a recibir la información de forma subjetiva. También puede ayudar a la resolución de conflictos, prestando escucha activa y con mayor predisposición a encontrar una solución entre las partes.

Aceptación

Otro de los elementos esenciales del mindfulness es la aceptación radical de la experiencia. Centrarse en el momento actual sin hacer una valoración de ningún tipo. Consiste en observar los hechos sin ideas previas, sin filtros ni defensas. Se acepta, como experiencias naturales o normales, lo negativo y lo positivo, lo perfecto y lo imperfecto. Ciertas conductas desadaptativas son respuesta a la evitación o respuesta disruptiva a experiencias que no son placenteras, por eso, el hecho de aceptarlas sin juicios implica entender que estas experiencias son naturales y limitadas en el tiempo, se evita el rechazo a estas. Se entiende que la contrariedad, el malestar o el enfado forman parte de la naturaleza humana y no es algo de lo que hay que huir, son sensaciones momentáneas que hay que dejar pasar[18].

Así, el personal sanitario se libra de sus pensamientos y emociones aflictivas, se reconcilia con ellos, los acepta sin juzgar. De esta manera se potencia la afectividad positiva previniendo las respuestas negativas que pueden llevar a trastornos psicológicos relacionados con el estrés.

Intención

Puesto que habitualmente no actuamos con conciencia plena en la vida cotidiana, poniendo toda la atención en lo que se está realizando y dejando a un lado el resultado final, nos hace falta un motivo o intención para realizar las tareas de esta manera.

Este concepto de intención parece tener cierta contradicción con la actitud de no esforzarse, por conseguir ningún propósito, es por eso que hay que diferenciarlo de la motivación para emprender la práctica y la actitud concreta que se adopta durante la actividad.

La práctica tiene que perseguir un objetivo personal de alivio, bienestar y mejora, pero esto debe perseguirse sin esfuerzo, sin buscar un resultado inmediato. Hay que realizar la práctica olvidándonos de la meta final y centrándonos más en el mero proceso. Shapiro[63]añade que, gracias a la intención, la persona gana más interés en cada experiencia, deja que estas pasen y no se retengan, sin centrarse más en las placenteras ni alejarse de las experiencias aversivas.

Dejar pasar

Consiste en desprenderse, desapegarse de algo a lo que nos aferrábamos. No estar pendiente del pasado o del futuro, sino centrarse en el momento presente. Lo esencial es auto-regular la atención, manteniéndola en los procesos internos[51].

Lo esencial es auto-regular la atención, de forma que se mantenga en los propios procesos internos. Brown y Ryan[62]señalan que se trata más bien de atender a las actividades durante la vida diaria. El objeto de la atención puede variar dependiendo del momento, ya que mientras se medita podemos centrarnos en los propios procesos internos o en la tarea que se está realizando. La observación por sí misma solo podemos vincularla con la atención plena en personas que tienen experiencia en la meditación, sino, podríamos correlacionar negativamente a la atención plena.

La práctica del Mindfulness

El desarrollo de la habilidad mindfulness, la capacidad de vivir el momento presente y ser conscientes de ello, aumenta con la práctica y la constancia, es gradual y sistemático. Se requiere de una práctica regular, generalmente mediante la meditación y la orientación intencional de la atención al momento presente durante las actividades cotidianas diarias[64].

Para la práctica de la meditación mindfulness se necesita la intención de mantener una atención particular sobre la realidad que se vive. La práctica de mindfulness enfatiza una observación desde diferentes ángulos, momento tras momento, con una atención flexible sobre los eventos internos y externos que surgen en el campo perceptivo.

Se inicia comúnmente mediante la sucesión de inspiraciones y espiraciones hasta estabilizar la atención, para continuar, pasando por varias fases, expandiendo el campo de atención a más objetos, incluyendo todos los eventos físicos y mentales –sensaciones corporales, pensamientos, recuerdos, emociones, percepciones, intuiciones, fantasías- tal y como suceden en cada momento[65].

Vallejo[60]afirma que, generalmente, el procedimiento de las prácticas basadas en mindfulness se compone de una combinación de elementos cognitivos (mediante la meditación), así como determinadas formas de relajación, respiración y ejercicios centrados en sensaciones corporales.

En líneas generales tenemos tres grupos de prácticas básicas:

- prácticas de atención, mediante la respiración (abierta), el etiquetado de pensamientos, sentimientos y emociones que se perciben (atención sostenida)o dirigir la atención al disfrute de una sensación, sentimiento o pensamiento placentero;
- prácticas de conciencia corporal, como el escaneo de las sensaciones corporales o *body scan*, técnicas posturales y de movimientos conscientes (tonificación, relajación o estiramiento); y
- prácticas integrativas, que consisten en llevar lo aprendido a la vida cotidiana, realizar las actividades diarias practicando la atención plena, con aceptación y compasión.

Por otra parte, podemos hacer la diferencia entre de prácticas formales e informales de mindfulness. La práctica meditativa, o formal, implica activar y mantener un estado y un proceso exclusivo de mindfulness, en ausencia de otras tareas concurrentes. Se ajustada a unas prescripciones concretas sobre el tipo de técnica, instrucciones y dosificación (frecuencia y duración de sesiones). En la práctica informal la persona realiza alguna actividad cotidiana (comer, andar, cocinar) integrando el estado de mindfulness, para ello se promueve la toma de conciencia de la respiración, la percepción somática o de elementos concretos de los estímulos sensoriales[61].

Beneficios de la práctica

Numerosas investigaciones hablan sobre los resultados del mindfulness, teniendo efectos beneficiosos tanto en la esfera psicológica como en la fisiológica y social.

Por ejemplo, encontramos estudios sobre la práctica de mindfulness ante trastornos como ansiedad, depresión, conducta suicida, agresividad, trastornos de la personalidad, estrés crónico trastornos de sueño, abuso de sustancias y burnout laboral.

Otros autores ya hablan en el año 2000 de que la terapia cognitiva (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*, MBCT) y las habilidades derivadas del entrenamiento en Mindfulness demuestran ser eficientes en reducir significativamente la reincidencia de episodios depresivos en pacientes que habían recibido tratamiento para la depresión. Estos realizaron un estudio de 60 semanas con 145 pacientes los cuales habían tenido dos o tres recaídas de episodios depresivos[53].

Existe otro estudio que tuvo como propósito examinar los vínculos empíricos entre la atención plena y el bienestar subjetivo. Se estudiaron los efectos del mindfulness en población clínica y no clínica y obtuvieron como resultados que el entrenamiento de la atención plena podía mejorar los trastornos psicológicos como la depresión, el enfado o la hostilidad, así como la impulsividad en menor medida que los anteriores. Estos autores consideran que el mindfulness incrementa el bienestar subjetivo y la auto-regulación del comportamiento[62].

Según el estudio recopilativo de Greeson[66], la práctica del mindfulness se relaciona con un mayor nivel atencional, de conciencia y aceptación, lo que lleva al individuo a tener menores niveles de distrés y emociones destructivas (ansiedad, ira, enojo y preocupación) y reduce el uso de sustancias nocivas. Al mismo tiempo, esta práctica produce un aumento de emociones positivas como alegría, esperanza, vitalidad, satisfacción, inspiración, agradecimiento y mayor sentido del bienestar.

En un meta-análisis de 39 estudios con un total de 1,140 participantes en distintas condiciones clínicas (cáncer, trastorno de ansiedad, depresión y otras condiciones psiquiátricas) se llegó a la conclusión de que la eficacia de esta terapia a la hora de tratarlos es bastante significativa ya que mejora los síntomas de ansiedad y depresión en un rango relativamente amplio de severidad, ya sea en personas sanas como cuando estos síntomas están asociados con otros trastornos, como problemas médicos[67].

En otro meta-análisis llevado a cabo en 2015 y que incluyó 29 estudios (n = 2668), se llegó a la conclusión de que la intervención de MBSR producían grandes efectos sobre el estrés, efectos moderados sobre la ansiedad, la depresión, la angustia y la calidad de vida, y pequeños efectos sobre el burnout[57].

En una revisión sistemática sobre la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad, se llega a la conclusión de que se puede utilizar el mindfulness como coadyuvante de las terapias farmacológicas para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), del Trastorno de ansiedad (TA), de la Fobia Social (FS) y del Trastorno por estrés Postraumático (TEPT). Afirman que los tratamientos basados en mindfulness se asocian con mejorías en mucho de los síntomas presentados por los individuos de los diferentes estudios. Aun así, indican que es necesario realizar más estudios aleatorizados controlados con un grupo de control activo que reciba, únicamente, el tratamiento basado en mindfulness[68].

En otra revisión sistemática de 45 estudios, se demostró que la meditación parece modular los marcadores fisiológicos del estrés en las personas que experimentan sintomatología depresiva, en particular cuando se practica durante muchas horas con un fuerte enfoque en la respiración. Las intervenciones de meditación provocan cambios fisiológicos y disminuyen la activación del Sistema Nervioso Simpático y, por lo tanto, puede proteger contra los trastornos del estado de ánimo regulando la reactividad al estrés y la inflamación[58].

Otra de las investigadoras sobre mindfulness es la psicóloga española Isabel S. Larraburu, que lo considera una herramienta terapéutica ante la multitarea del médico y la estructura de las agendas en consulta.

En concreto, también existen múltiples estudios referentes al uso de mindfulness en personal sanitario y sus beneficios. Uno de ellos es una revisión sistemática (39 estudios con 2379 individuos) sobre intervenciones basadas en MBSR en estudiantes de medicina. Se observó que esta práctica aumentaba la empatía de los sanitarios (en un 71% de los estudios) y la aceptación emocional[69]. Igualmente, inciden en la falta de consenso a la hora de aplicar los tratamientos y en la medida de resultados.

En resumen, la práctica de mindfulness podría tener estos beneficios en el personal sanitario en terreno:

- A nivel mental: mejora la concentración en las tareas cotidianas, la calma, la serenidad y la paz interior. Nos permite observar la realidad tal como es, pero también darnos cuenta de nuestra propia percepción de esta.

- A nivel emocional: restablecimiento del equilibrio emocional y empatía. Esta última ayuda a la buena relación profesional-paciente. Favorece los estados de ánimo positivos. Genera buena capacidad de hacer frente a emociones y situaciones negativas.

- A nivel relacional: facilita el conocimiento de uno mismo por la comprensión de la propia experiencia. Ayuda a ponerse en el lugar del paciente y fomenta una actitud básica de respeto y amor hacia sí mismo y hacia las demás, favoreciendo las relaciones sanas con la población beneficiaria y el resto del equipo.

Prevención de los trastornos psicológicos en medio humanitario a nivel organizacional

Según varios autores, el débil apoyo organizativo se asocia significativamente con una mayor probabilidad de depresión posterior al despliegue en la plantilla humanitaria internacional[11].

Para prevenir y tratar los posibles trastornos psicológicos dentro del personal humanitario, tendremos que tener en cuenta las causas que los provocan, pero también al propio individuo, su manera de afrontar el estrés y la propia organización que le rodea. Hay varias técnicas de afrontamiento y ninguna es excluyente. Por lo tanto, tendremos que considerar tanto las terapias y estrategias individuales como las grupales, intentando combinarlas de manera que estas ayuden al profesional a gestionar el estrés de forma que no influya en el funcionamiento normal de las tareas a desarrollar.

Como hemos visto a lo largo del estudio, gran parte de la preparación psicológica de la plantilla es responsabilidad de la propia organización, que tiene que dar los recursos y herramientas necesarias para la gestión del estrés. De forma individual, cada persona debe trabajar la estrategia que más le ayude, ya sea con ejercicio físico, meditación, yoga, mindfulness, ejercicios de respiración, etc. A nivel organizacional, la mayoría de organizaciones lo tienen en cuenta y tienen procedimientos de apoyo a la plantilla antes, durante y después de la misión. Las principales acciones son la realización de *briefing* y *debriefing* y el apoyo psicológico presencial o telemático en caso de crisis.

Buenas prácticas

Los resultados preliminares de autores como Cardozo y Salama o McFarlane sugieren que existe una relación entre las políticas de apoyo organizativo y los resultados de salud mental en los trabajadores de ayuda humanitaria. Resulta un gran apoyo, sobre todo para el personal internacional, la capacitación integral sobre el país, la seguridad, la atención médica, el manejo del estrés psicológico, la formación de equipos y la puesta en contexto sobre las diferencias culturales del país, enfocada a la reducción de angustia psicológica. Los métodos de capacitación previos a la partida pueden prevenir los

efectos de la enfermedad, los problemas de seguridad y el estrés crónico y traumático. Así también se reduce la rotación del personal, con los gastos que ello conlleva (formación, reubicación del personal)[13].

De este modo, aquí vamos a exponer las pautas de la asociación Antares en su Guía de buenas prácticas para la gestión del estrés[26]. En ella se desarrollan ocho principios básicos: política, valoración, preparación y formación, seguimiento, apoyo continuado, apoyo y gestión en situaciones críticas, apoyo al final de la misión y apoyo después de la misión. El seguimiento de estas pautas ayudará a saber qué hacer y a quién/es dirigirse cuando se produce una situación crítica y tener una estructura sólida para la gestión de conflictos o de problemas entre el personal.

Esta guía se apoya en las recomendaciones de los estudios sobre la salud mental del personal humanitario, el IASC, los documentos y encuestas realizados por ACNUR y sobre el estrés laboral del a Organización del Trabajo y el estrés.

Principio 1: Política

Su política debe facilitar la comunicación entre el personal, prohibiendo cualquier discriminación por motivos de género, religión, raza, nacionalidad u orientación sexual. Se tiene que crear un clima de respeto e integrar el apoyo personal dentro del marco de trabajo. La toma de decisiones y otras cuestiones burocráticas tienen que ir encaminadas a reducir las fuentes del estrés, adaptándose a las circunstancias del entorno y de la plantilla. La organización tiene que proporcionar la formación necesaria para que el personal cumpla con la política y sus procedimientos y deben de evaluarse las capacidades de coordinadores/as y líderes de equipo para garantizar que poseen las competencias necesarias para liderar equipos.

De igual manera, se debe incluir un apartado sobre el turno horario, la rotación del personal, el tiempo de descanso o la carga de trabajo[7].

Principio 2: Valoración

Antes de la contratación de personal, se hará una valoración de sus capacidades y aptitudes para el puesto que va a desarrollar. Para ello, la agencia debe de conocer muy bien el nivel de exigencia de los puestos según el emplazamiento, las condiciones de

salud y/o forma física específicas, los riesgos y factores de estrés para cada misión. Las valoraciones suelen incluir:

1. Evaluación de la salud física y psicológica. Examinar los casos de trauma anteriores y el posible los riesgos de sufrir estrés durante la misión. Ver si hubo enfermedad mental previa y necesidad de medicamentos.
2. Sensibilización sobre los riesgos y apoyos proporcionados por la organización, tanto antes como durante y después de la misión.
3. Capacitación de la plantilla sobre el trabajo en un ambiente multicultural, multi-religioso, multiétnico y en igualdad de género.
4. Experiencia de gestión del estrés por parte del personal en otras situaciones traumáticas o de crisis.
5. Características personales y motivación para trabajar en ayuda humanitaria, ya que la vocación por el trabajo es un factor de protección contra el burnout según Antares.
6. Las necesidades formativas individuales para la realización de las tareas del puesto en concreto.

A la hora de la selección, hay que prestar atención al punto de la experiencia, ya que el estrés puede ser acumulativo, especialmente en el equipo de ayuda humanitaria, que va directamente de una a otra emergencia y se deberían de considerar también los antecedentes psiquiátricos pasados como abuso de drogas o algún evento importante reciente en la vida de la persona, que podrían suponer un riesgo mayor a sufrir problemas psicológicos[11,45].

Además, hay que hacer hincapié en que cada cual conozca lo que se espera de su trabajo y de su implicación. Tiene que haber una descripción clara del puesto para evitar tareas confusas que conduzcan a frustraciones o conflictos entre el personal. La Organización del trabajo y el estrés añade: "Cuanto mejor conozcan los empleados su puesto, más capaces serán de canalizar adecuadamente sus esfuerzos para realizar bien su trabajo"[20] (p. 16).

Principio 3: Formación y preparación

Si queremos minimizar o eliminar los riesgos, además de la correcta selección del personal tendremos que hacer hincapié en la capacitación de la plantilla, tanto de la ya contratada como de la que se acaba de incorporar. En esta formación se incluirá la educación sobre los factores estresantes; los mecanismos de respuesta a los trastornos psicológicos y cómo reconocer los signos del estrés y del burnout; desarrollo de habilidades necesarias para trabajar en un equipo multicultural; educación sobre los riesgos de las conductas desadaptativas al estrés (consumo de alcohol y otras drogas); preparación psicológica según las demandas operacionales del puesto y la comprensión de la seguridad, el autocuidado y la sensibilidad intercultural; y la información detallada y concreta sobre las condiciones reales de terreno.

Principio 4: Seguimiento

Debe de haber una comunicación efectiva entre coordinadores/as y el resto de la plantilla, pero también entre la sede y el terreno, ya que, a veces, la percepción del riesgo por la plantilla puede estar distorsionada cuando lleva mucho tiempo en terreno.

Tendrán que implantarse mecanismos de monitoreo del estrés durante y después de un incidente crítico y se buscarán señales de conflicto, tipificación de chivos expiatorios, u otras evidencias de estrés. También se valorará la eficacia de liderazgo y gestión del equipo.

Estas actividades pueden realizarse de manera formal mediante entrevistas personales, cuestionarios, observación informal o sesiones grupales y la coordinación del quipo será la encargada de enviar informes sobre los resultados del estrés de forma periódica a la agencia.

Principio 5: Apoyo continuado

La responsabilidad de crear una cultura proactiva de mitigación del estrés recae sobre la coordinación y líderes de equipo. Tiene que existir una red de apoyos para la resolución de conflictos internos y prácticas organizativas para reducir el estrés. A su vez, la plantilla tiene la obligación de participar activamente en las actividades de prevención y reducción del estrés y tienen que seguir las pautas de seguridad que la organización estipula. Además, no solo se tendrá en cuenta el estrés laboral, sino también los

estresores que cada individuo pueda tener fuera del lugar de trabajo, ya que el estrés puede ser acumulativo e influir en sus tareas.

Algunos autores también inciden en la importancia de facilitar la comunicación con familiares durante la estancia en el extranjero para mantener los apoyos con los que la persona contaba anteriormente[11].

Principio 6: Apoyo y gestión en situaciones críticas

Una situación crítica puede causar estrés a las personas que la experimentan, por lo que la organización tiene que tener un plan de acción para facilitar los Primeros Auxilios Psicológicos a su plantilla. El apoyo psicológico individual puede reducir respuestas como ansiedad, alteraciones somáticas, depresión, Trastornos por Estrés Postraumático, conductas destructivas o autodestructivas y dificultades en las relaciones interpersonales.

Los/as responsables de equipo tienen que saber identificar cuándo el personal puede necesitar asesoramiento fuera de la agencia tras su participación en un caso particularmente difícil o en una serie de casos difíciles que le produzca angustia o agotamiento emocional[12].

Principio 7: Apoyo al final de la misión

Es importante que se valore el estado de la plantilla y se cuente con un apoyo práctico para las personas que encuentren dificultades al cambio, ya sea por los lazos emocionales, la implicación en el proyecto o por la vuelta a la rutina profesional del país de origen.

Antares recomienda un *debriefing* entre las 24-72h después de la misión. En esta actividad se tienen en cuenta las vivencias de las personas que forman el grupo y el nivel de afectación de cada persona. Este ejercicio nos permite brindar apoyo, que las personas que han sufrido un acontecimiento traumático puedan ordenar los hechos, rellenen los lapsos de memoria y empiecen a procesar lo que sucedió. Al ser una técnica compleja, debería ser conducida por un/a profesional que conozca todas las fases (psicólogo/a y/o experto/a en emergencias). Esto se sigue realizando por numerosas ONG aunque parece una técnica muy controvertida y el IASC[70] (2010) no lo

recomienda puesto que no lo considera efectivo. Sin embargo, incita a que se disponga de Primeros auxilios psicológicos (Psychological First Aid - PFA): "ayuda psicológica básica, pragmática y no invasiva, con un enfoque dirigido a escuchar sin forzar a hablar, evaluar las necesidades y asegurarse de que se suplan las necesidades básicas," "PFA implica, por lo tanto, una respuesta no clínica, humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que necesita ayuda inmediatamente después de eventos extremadamente estresantes" (p.11).

Principio 8: Apoyo después de la misión

Además, se ha observado que el agotamiento emocional y la depresión permanece en el personal humanitario tras volver de la misión y hasta 3-6 meses después (la ansiedad y la despersonalización suelen desaparecer al finalizar)[14].

Por lo tanto, es importante que las personas que hayan sufrido problemas laborales relacionados con el estrés, tales como burnout, estrés severo, desgaste por empatía o síntomas postraumáticos durante la misión sean derivadas a servicios y tengan una red de apoyo entre las compañeras al terminar el trabajo. Se han de tener en cuenta los problemas de adaptación, emocionales o familiares, que pueden persistir semanas después de finalizar la misión.

Discusión

Como hemos visto a lo largo del estudio, la salud mental dentro del mundo humanitario debería tener especial consideración ya que puede provocar problemas como absentismo, poca productividad y alta rotación de personal además de multitud de problemas físicos y psicológicos[23].

Hay evidencia científica de que el estrés produce cambios fisiológicos en el individuo que pueden entorpecer el desarrollo normal de sus tareas, tanto en la vida laboral como en la vida cotidiana[12,14, 25].

Debido a la persistencia de la estigmatización de la salud mental en este sector, es posible que el personal humanitario oculte su propio sufrimiento por temor a no ser considerado apto para el puesto o por la propia implicación emocional con la población beneficiaria.

Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento tales como la meditación o el mindfulness, que ayudan a la disminución del nivel de estrés entre el personal sanitario en medio humanitario, son importantes para reducir síntomas y enfermedades repentinas ante el cuidado de un paciente. Estas técnicas pueden ayudar a controlar la activación fisiológica ante el impacto que provoca un paciente (taquicardia, diaforesis, hipertermia corporal, enrojecimiento facial) bajo circunstancias estresantes. Si no se controlan, estos cambios podrían entorpecer el desempeño laboral y producir un efecto negativo en su trabajo, además de provocar a corto, mediano y largo plazo el desarrollo de dolencias como gastritis, úlcera, migraña o hipertensión arterial.

En este trabajo hemos tratado varios estudios que demuestran la efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness, tanto en pacientes sanos como con condiciones clínicas diferentes y todos llegan a la conclusión de que tienen efectos positivos en el área psicológica. Pero aún sigue habiendo falta de consenso en cuanto a la duración de las intervenciones, el modo de ejecución de la práctica, los instrumentos de valoración utilizados y el grupo control[57,58,69], por lo que habría que trabajar para homogeneizar los estudios posteriores en estos aspectos.

Además, hemos observado que el mindfulness es interesante en el personal sanitario ya que mejora la aceptación emocional y la empatía[61,69]. También se trabaja con esta técnica la introspección, que nos permite observar los pensamientos que nos producen las/os pacientes y nuestra conducta hacia ellos, además de reducir la tendencia a cargar con las emociones negativas de otras personas[61].

La práctica del mindfulness se relaciona con un mayor nivel atencional, de conciencia y aceptación, reduce los niveles de distrés y emociones destructivas (ansiedad, ira, enojo y preocupación) así como el uso de sustancias nocivas. También se observa un aumento de emociones positivas como alegría, esperanza, vitalidad, satisfacción, inspiración, agradecimiento y mayor sentido del bienestar[66].

Asimismo hemos podido observar que los factores estresantes crónicos durante el despliegue en terreno son inherentes al trabajo en emergencias humanitarias y esto lleva a mayores niveles de depresión y burnout, por lo que habría que trabajar en su reducción mejorando las instalaciones de alojamiento siempre que sea posible, facilitando el acceso a la comunicación con el hogar, regulando la carga de trabajo del personal, mejorando las instrucciones de gestión para los equipos y brindando reconocimiento por parte de la organización para un desempeño laboral óptimo[14].

Y es que, según investigaciones sobre la intervención en el estrés laboral, se ha visto que principalmente se incide en la intervención individual, cambiando la respuesta del trabajador, ya que a veces es muy complicado para la organización realizar el cambio organizacional adecuado para acabar con el problema. Ahora se ha observado que, si bien estas técnicas a nivel individual son efectivas, no tienen grandes efectos a nivel organizacional. Lo más conveniente sería la combinación de técnicas más completas a ambos niveles de intervención[23].

Así pues, tras varios estudios que muestran las consecuencias de los trastornos psicológicos sobre el personal y la organización, hemos visto cómo el interés por la preparación psicológica ha crecido entre las organizaciones y muchas de ellas están adoptando apoyos psicosociales como el *briefing*, *debriefing*, primeros auxilios psicológicos y *counselling* (asistencia a personas que atraviesan conflictos emocionales o crisis). Las organizaciones entienden cada vez más la salud mental del personal como un problema que impacta negativamente en el funcionamiento de la organización. Estas

procuran prevenir y abordar los problemas de salud mental entre su personal, garantizar su bienestar y mantener la efectividad y la eficiencia de la organización[7,48].

Sería interesante la realización de investigaciones que abarquen la preparación psicológica a todos los niveles, personal, social y organizacional con un enfoque holístico sobre la salud mental del personal humanitario sanitario para conseguir una mayor eficacia y eficiencia en su trabajo.

Conclusiones

Mediante este trabajo se pretendió realizar una investigación sobre la prevalencia de ciertos trastornos psicológicos como el estrés, el burnout y la fatiga por compasión en el personal sanitario humanitario. Como hemos visto, estos trastornos producen consecuencias tanto para el trabajo en terreno como para la persona a nivel individual.

Se han estudiado diferentes formas de prevención a varios niveles, viendo la importancia de trabajar con técnicas que desarrollen el autoconocimiento para la regulación emocional ante situaciones críticas y momentos estresantes.

Es importante tener en cuenta el nivel personal de recursos para la gestión del estrés. Con esto nos referimos a las propias aptitudes y actitudes del individuo como la flexibilidad, la madurez, la adaptabilidad, la capacidad de trabajar en equipo y la experiencia pasada en situaciones de emergencia. Cada individuo tiene su manera personal de afrontar los conflictos emocionales y traumas anteriores y habrá que impulsar las estrategias que más beneficien al personal. Según los trabajos citados, podríamos responder positivamente a la primera hipótesis, siendo recomendable la preparación psicológica con terapias basadas en mindfulness ya que los resultados obtenidos demuestran mejoras ante la ansiedad, el estrés, la depresión y otros trastornos psicológicos.

Debido a la necesidad de la plantilla humanitaria de adaptarse a un ambiente de trabajo complejo, experimentando y escuchando traumas de otras personas y enfrentándose a la inseguridad característica de algunos entornos, es interesante trabajar de forma interna para contemplar la realidad tal y como es. En este sentido, el mindfulness aparece como un método adecuado para afrontar situaciones críticas o momentos de agotamiento ya

que ofrece una observación sin juicios, aceptando las experiencias difíciles como las placenteras y viviendo el momento presente, sin perderse en las rumiaciones del pasado o los temores del futuro.

Al mismo tiempo, es preciso el apoyo en el nivel organizacional para conseguir mejores resultados y efectividad en el trabajo. Tendrán que crearse estrategias que mejoren la información y la capacitación. Las políticas de las organizaciones tienen que ser claras, por escrito y completas sobre la salud psicológica de la plantilla pero también sobre sus valores, modus operandi, cómo actuar en caso de emergencia o incidente, definir la responsabilidad individual y colectiva para que no haya confusiones y toda persona sepa dónde tiene que acudir en cualquier momento crítico.

También se tendrían que tener en cuenta y trabajar con los recursos a nivel social, creando un ambiente propicio al debate ante cualquier problema emocional o conflicto y garantizando la escucha activa entre la plantilla y la gerencia en terreno.

De igual manera, es crucial asegurar la máxima seguridad de la plantilla y la buena comunicación entre esta y la sede o la delegación, para evitar o, al menos, paliar las situaciones estresantes que, en muchas ocasiones, tienen como fuente la falta de control y la sobrecarga de trabajo o los conflictos entre el equipo y/o las autoridades locales.

Así, podemos citar ciertos principios básicos para el control de los trastornos psicológicos durante y después de la misión:

- Las reacciones de estrés emocional son reacciones normales ante situaciones anormales.
- Todos reaccionan al estrés de una manera personal y particular.
- Cada cual es responsable del control de sus emociones, pero hay que garantizar la escucha activa y hacer todo lo posible para que estas no interfieran negativamente en el desarrollo de las tareas en terreno.
- Hay que fijar responsables para el control y la gestión de las reacciones al estrés
- Después de un incidente crítico, la ayuda se debe ofrecer inmediatamente, mediante profesionales locales, por parte de la coordinación de la misión o de forma telemática, individual y/o grupal, según las características del incidente.

- Para minimizar las consecuencias de las situaciones estresantes, el personal deberá pasar por diferentes fases, como:
    - Selección de candidatas/os: para evaluar la de resistencia al estrés en terreno.
    - Formación antes de la partida: se pueden hacer juegos de rol para poner al personal en situación y analizar las emociones y las respuestas en grupo mediante ejercicios.
    - *Briefing* sobre la situación concreta del contexto. Proporcionar una descripción del trabajo y del entorno completa.
    - Apoyo psicosocial durante la misión. Preguntar a la propia plantilla qué les ayuda en situaciones de crisis, la "talla única" no funciona para todo el mundo.
    - *Debriefing* sistemático a la vuelta y seguimiento en caso de persistencia de trastornos psicológicos derivados o relacionados con la misión y la formación en PFA (primeros auxilios psicológicos). En caso de que haya trastorno psicológico evidente, es mejor evitar el *debriefing* (por peligro de causar daño iatrogénico) y empezar directamente tratamiento con un/a especialista.

Bibliografía

1. Connorton E, Hemenway D, Miller M. Humanitarian relief workers and traume-related mental illness. Epidemiol Rev. 2011; 34(1).

2. Stoddard A, Harmer A, Czwarno M. Behind the attacks: A look at the perpetrators of violence against aid workers. Aid Worker Security report 2017. USAID, The Aid Worker Security Database; 2017.

3. Naciones Unidas. Protección de los civiles en los conflictos armados. Informe del Secretario General. Nueva York; 14 de Mayo 2018. Documento de las Naciones Unidas S/2018/462.

4. Almodóvar Molina A, Galiana Blanco ML, Hervás Rivero P, Pinilla García FJ. VII Encuesta de Condiciones de Trabajo. Madrid: Ministerio de Empleo y seguridad Social, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2011.

5. Pinilla García J, Almodóvar Molina A, Galiana Blanco ML, Hervás Rivero P, Zimmermann Verdejo M. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS – España. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT); 2017.

6. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. Int J Stress Manag. 2005; 12(2):164.

7. Suzic D, Thomas R, Jachens L, Mihalca L. Staff Well-Being and Mental Health in UNHCR. Encuesta. Ginebra: UNHCR, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees; 2016.

8. Guha-Sapir D, Hoyois P, Wallemacq P, Below R. Annual disaster statistical review 2016: the numbers and trends. Louvain – Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), Institute of Health and Society (IRSS); 2017.

9. Sheik M, Gutierrez M, Bolton P, Spiegel P, Thieren M, Burnham G. Deaths among humanitarian workers. BMJ. 2000; 321(7254):166-168.

10. Musa S, Hamid A. Psychological problems among aid workers operating in Darfur. SBP journal. 2008; 36(3):407-416.

11. Lopes Cardozo B, Holtz T, Kaiser R, Gotway C, Ghitis F, Toomey E, et al. The mental health of expatriate and Kosovar Albanian humanitarian aid workers. Disasters. 2005; 29(2):152-170.

12. Perry B. The Cost of Caring. Secondary Traumatic Stress and the Impact of Working with High-Risk Children and Families. [Online]; 2014 [citado el 1 de Julio de 2018].Disponible en: https://childtrauma.org/wp-

content/uploads/2014/01/Cost_of_Caring_Secondary_Traumatic_Stress_Perry_s.pdf.

13. McFarlane CA. Risks associated with the psychological adjustment of humanitarian aid workers. Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies. 2004; 2004(1).

14. Lopes Cardozo B, Gotway Crawford C, Eriksson C, Zhu J, Sabin M, Ager A, et al. Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study. PloS one. 2012; 7(9). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948.

15. Rosselló J, Zayas G, Lora V. Impacto de un adiestramiento en meditación en consciencia plena (mindfulness) en medidas de ansiedad, depresión, ira y estrés y consciencia plena: Un estudio piloto. Rev Puertorriquena Psicol. 2016; 27(1): 62-78.

16. Galimberti U. Diccionario de Psicología. México: Siglo XXI editores; 2002.

17. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. J Pers Soc Psychol. 1986; 50(3): 571-579. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571

18. Naranjo Pereira M. Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo. Educación. 2009; 33(2).

19. Berdard L, Krupat E. Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illness New York: Harcourt Brace College Publisher; 1994.

20. Leka S, Griffiths A, Cox T. In La Organización del Trabajo y el Estrés, Serie Protección de la Salud de los Trabajadores Nº 3. Universidad de Nottingham; 2004.

21. Aguado Martín J, Bátiz A, Quintana S. El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. Med Segur Trab. 2013; 59(231): 259-275. https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200006

22. Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. J Clin Endocrinol. 1946; 6(2):117-230.

23. Jiménez B, León C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010.

24. Cox T, Griffiths A, Rial-González E. Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2005.

25. Curling P, Simmons K. Stress and staff support strategies for international aid work. Intervention. 2010; 8(2):93-105.

26. Antares Foundation. Gestión del estrés en trabajadores humanitarios. Guía de buenas prácticas. 3rd ed. Amsterdam: Antares Foundation; 2012. Disponible en: https://www.antaresfoundation.org/filestore/si/1164337/5/1167964/antares_guidelines_spanish.pdf?etag=74672cb4e3ea943498a310194fd14062

27. Fernández-López J, Siegrist J, Rödel A, Hernández-Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? Aten Primaria. 2003; 31(8):1-10. https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70715-X

28. Baum A, Posluszny D. Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. Annu Rev Psychol. 1999; 50(1): 137-163.

29. National Institute of Mental Health. Anxiety Disorders. [Online]. [Citado el 1 de junio de 2018]. Disponible en:https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml

30. National Institute of Mental Health. Depression. [Online].]. [Citado el 1 de junio de 2018]. Disponible en:https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml.

31. Murray C, Lopez A, Organization WH. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Mass: Harvard School of Public Health; 1996.

32. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. Cognit Ther Res. 2003; 27(3):247-259.

33. OCHA. Orientation handbook on complex emergencies. [Online]; 1999. Disposible en: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/3D153DA3049B322AC1256C30002A9C24-ocha__orientation__handbook_on__.html#1.

34. Casas J, Repullo J, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. J Health Qual Res. 2002; 17(4):237-246. https://doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77511-8

35. Folkman S, Lazarus R. If it changes, it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. J Pers Soc Psychol. 1985; 48(1):150-170.

36. Folkman S, Lazarus R. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav. 1980; 21: 219-239.

37. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001; 52:397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397.

38. Pines A, Keinan G. Stress and burnout: The significant difference. Pers Individ Dif. 2005; 39(3):625-635.

39. Augsburger R, Sage W, McKay L, Pearlman L, Guy J, Hulme B, et al. NGO Staff Well-being in the Darfur Region of Sudan and Eastern Chad: Assessment Report for Interaction. Pasadena: Headington Institute; 2007.

40. Hernández Zamora GL, Olmedo Castejón E, Ibáñez Fernández I. Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. Int J Clin Health Psychol. 2004; 4(2).

41. Barría J. Síndrome de burnout en asistentes sociales del servicio nacional de menores de la región metropolitana. Psykhe. 2011; 12(1).

42. Figley CR. Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In Stamm BH, editor. Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. Baltimore: The Sidran Press.; 1995. p. 3-28.

43. Stamm B. The Concise Proqol Manual. Pocatello: 2ª ed; 2010.

44. Cocker F, Joss N. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: a Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2016; 13(6).

45. Salama P. The psychological health of relief workers: Some practical suggestions. Humanitarian exchange magazine. 1999; 15(10).

46. Paddock T. Organization Unbound. Burnout & Organizational Mindfulness: Entrevista a Alessandra Pigni. [Online]; 2017. [Citado el 1 de junio de 2018]. Disponible en: http://organizationunbound.org/expressive-change/burnout-organizational-mindfulness/.

47. Hernández-Mendoza E, Cerezo-Reséndiz S, López-Sandoval MG. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007; 15(3):161-166.

48. Comité Permanente entre Organismos (IASC). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC; 2007.

49. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clin Psychol (New York). 2003; 10(2):144-156. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016

50. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clin Psychol (New York). 2003; 10(2):125-143. DOI: 10.1093/clipsy/bpg015.

51. Bishop S, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson N, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. Clin Psychol (New York). 2004; 11(3): 230-241. doi:10.1093/clipsy/bph077.

52. Linehan M. Diagnosis and treatment of mental disorders. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.

53. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby J, Lau M. Prevention of relapse/ recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy.. J Consult Clin Psychol. 2000; 68(615-623).

54. Williams JMG. Mindfulness, depression and modes of mind. Cogn Ther Res. 2008; 32(6):721-733.

55. Shapiro SL, Schwartz GE, y Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. J Behav Med. 1998; 21(6):581-599.

56. Gotink R, Meijboom R, Vernooij M, Smits M, Hunink M. 8-week mindfulness based stress reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice—A systematic review. Brain Cogn. 2016; 108:32-41. DOI: 10.1016/j.bandc.2016.07.001.

57. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. J Psychosom Res. 2015; 78(6):519–528. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009

58. Pascoe M, Thompson D, Jenkins Z, Ski C. Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2017; 95:156-178. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08

59. Parra Delgado M, Montañés Rodríguez J, Montañés Sánchez M, Bartolomé Gutiérrez R. Conociendo mindfulness [Knowing mindfulness]. ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete. 2012; 27: 29-46.http://dx.doi.org/10.18239/ensayos.v27i0.130

60. Vallejo Pareja MÁ. Mindfulness. Papeles del psicólogo. 2006; 27(2).

61. Campayo JG. La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. Aten Primaria. 2008; 40(7): 363-366. https://doi.org/10.1157/13124130

62. Brown K, Ryan R. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 2003; 84(4):822–848.

63. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. J Clin Psychol. 2006; 62(3): 373–386 https://doi.org/10.1002/jclp.20237

64. García-Campayo J, Demarzo M. Mindfulness. Curiosidad y aceptación. Zaragoza: Siglantana; 2015.

65. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation Theoretical considerations and preliminary results-. Gen Hosp Psychiatry. 1982; 4(1):33-47.

66. Greeson J. Mindfulness research update: 2008. Complement Health Pract Rev. 2009;

14(1): 10-18. doi:10.1177/1533210108329862.

67. Hofmann S, Sawyer A, Witt A, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol. 2010; 78(2):169–183. http://doi.org/10.1037/a0018555

68. Hodann-Caudevilla R, Serrano-Pintado I. Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. Ansiedad y Estrés. 2016; 22(1):39-45.

69. Lamothe M, Rondeau É, Malboeuf-Hurtubise C, Duval M, Sultan S. Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. Complement Ther Med. 2016; 24:19-28.

70. Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias. Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias: ¿Qué deben saber los Actores Humanitarios de Salud? Ginebra; 2010.