

Development Connections



El autocuidado y su importancia en la integración de programas de VIH y violencia contra la mujer

Teresa E. Ojeda Parra

Washington D.C.

Marzo, 2011

Introducción

El presente documento toma como punto de partida las experiencias personales de los/las proveedores/as de servicios de atención a personas afectadas por violencia doméstica y/o VIH/sida a razón de su estrecha relación con el impacto inherente al desempeño de sus funciones y las formas en que su repercusión suele teñir la atención que brindan en sus servicios, en tanto se vea afectada su salud mental. En este contexto, la práctica del autocuidado surge como respuesta preventiva, oportuna e indispensable para proteger y/o recuperar el buen estado de salud de los/las **prestatarios (as)**¹ que atienden a personas afectadas por violencia y/o VIH.

I. Implicancias de la labor de prestatario (a) que atiende a personas afectadas por violencia y VIH

El VIH y la violencia contra la mujer (VCM) son problemáticas de dimensiones enormes y consecuencias graves, que guardan intersecciones importantes sobre todo cuando de por medio se encuentran grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad. Si bien cada problemática tiene efectos devastadores para la salud de las personas afectadas tanto por el VIH como por la violencia, el efecto multiplicador surgido de la confluencia de ambas pandemias es mucho mayor si se observan las consecuencias referidas a su salud sexual y reproductiva², y de manera especial en la de las mujeres. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)

Uno de los grandes esfuerzos para enfrentar la VCM y el VIH, así como sus consecuencias se concreta a través de la atención a personas afectadas por estas problemáticas. Los y las responsables de que esta atención sea brindada adecuadamente son los y las prestatarios (as), quienes realizan sus funciones de acuerdo al cargo/profesión que desempeñan y a las necesidades de atención requeridas por los/las usuarios/as (asistencia de emergencia, consulta médica, psicológica, evaluación de

¹ En gran parte de la región las personas que desde diversos servicios brindan atención a personas afectadas por violencia y/o VIH son conocidas como proveedores (as), prestadores (as), prestatarios (as), consejeros (as), cuidadores (as). No obstante, en algunos lugares suele atribuírsele el mismo significado a los términos operador (a), facilitador (a) por lo que en el presente documento todas estas denominaciones serán utilizadas como sinónimos.

² Estas consecuencias abarcan –entre otras- lastimaduras y contusiones, dolencias físicas internas, discapacidad muchas veces permanente, deterioro de la autonomía sexual y reproductiva, riesgo de infección de ITS y VIH/sida, embarazo no deseado y de alto riesgo, trastornos ginecológicos. Las mujeres se afectan también de diversos desórdenes emocionales, adoptan comportamientos negativos en relación a su salud (abuso de drogas y alcohol, comportamiento sexual de riesgo, etc.) y en los casos más extremos la violencia basada en género puede conducir a la muerte de las mujeres (homicidios y suicidios). (1, 2)

riesgos, orientación, referencia, asistencia social, etc). Sin embargo, en la práctica la labor realizada por el/la prestatario/a no se limita a cumplir con sus funciones; el desempeño de sus responsabilidades implica además (10, 11, 12, 13, 14, 15):

- Escuchar historias gráficas pero a la vez crueles de violencia.
- Escuchar relatos dolorosos referidos a VIH que lindan entre la vida y la muerte.
- Convertirse en testigos (as) indirectos (as) de tragedias y traumas ajenos.
- Ser testigos/as de victimización y re-victimización, de estigma y discriminación.
- Guardar confidencialidad / silencio sobre cada caso atendido.
- Priorizar las necesidades de las personas atendidas y usualmente postergar las propias.
- Establecer una conexión emocional con las personas afectadas por violencia y/o VIH para lograr una relación empática durante la atención, lo cual implica también conectarse con la propia sensibilidad frente a lo que se escucha y se es testigo.
- Silenciar y/o bloquear la expresión de los propios sentimientos y emociones.
- Estar expuestos/as sistemática y cotidianamente a situaciones de violencia e inclusive a conductas discriminatorias, muchas veces extendidas a uno/a mismo/a.
- Sentir sobrecarga emocional, temores e inseguridad.
- Evocar y/o remover las propias experiencias referidas a violencia y/o VIH.
- Reconocerse vulnerable ante la violencia y/o VIH y temer que algo similar le ocurra a sí mismo/a y/o a sus familiares.
- Conservar y evocar imágenes dolorosas y crueles de gran impacto.
- Sentir impotencia por ser testigo/a de acontecimientos traumáticos que no se pueden detener y/o sentir culpar por creer que no está haciendo lo suficiente.
- Tener sobrecarga de trabajo y brindar la atención en espacios poco apropiados.

Es dentro de esta dinámica de atención que los y las cuidadores (as) enfrentan constantemente situaciones –internas y/o externas- que les originan estados elevados de tensión (10, 14, 15, 16) Si estas condiciones se producen continuamente, pueden ocasionar serias repercusiones en su salud, indistintamente si experimentan/ron o no, episodios referidos a violencia y/o VIH.

Ser testigos (as) de estas serias consecuencias de las personas afectadas por violencia y/o VIH, y más allá de sentirse vulnerables frente a ambas pandemias y enfrentar prolongados estados de tensión, muy probablemente va a conllevar a que los y las cuidadores (as) desarrollen formas de repercusión en su propia salud, como: el síndrome de *burnout*, la traumatización vicaria (TV), y/o la movilización de las propias experiencias referidas a violencia y/o VIH. (11, 12, 13, 14, 17, 18)

❖ **Síndrome de *burnout***³: es la “*reducción de la respuesta funcional del organismo a las demandas de la vida cotidiana como consecuencia de usar toda nuestra energía, aún la de reserva, sin conservar la necesaria para nosotros (as) mismos (as) Es una respuesta crónica a la tensión emocional constante y no la reacción a una crisis ocasional.*” (12)

El *burnout* viene a ser la consecuencia de eventos estresantes de índole laboral que disponen al individuo a padecerlo (Garcés de los Fayos, s/f, citado por 38); este aspecto es medular en la definición del *burnout* dado que se refiere al **rol específico de atención al/la otro (a) que sufre**. (19) El *burnout* se desarrolla cuando existe una persistencia crónica de la situación estresante y el organismo tiene escasa o ninguna posibilidad de recuperarse, llegando a desgastar su capacidad para seguir funcionando adecuadamente (20, 21); es decir, su sistema inmunológico se debilita y su vulnerabilidad biológica se incrementa, lo que conlleva a que su predisposición a la enfermedad sea mayor y, por ende, su salud está en mayor riesgo. (12, 22, 23)

³ En la literatura revisada se ha encontrado que como equivalentes al término *burnout* se utilizaron las siguientes denominaciones: *quemado, síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de estar quemado, desgaste profesional, síndrome de agotamiento profesional, estrés crónico, estado de extenuación emocional*, entre otros.

Fases:

1. **Agotamiento emocional:** surge al fracasar frente al intento de cambiar las situaciones que le originan estrés. Se presenta desgaste emocional, agotamiento, fatiga, irritabilidad, pérdida de energía y del disfrute de las tareas, insatisfacción laboral.
2. **Despersonalización o deshumanización:** parte medular del *burnout*; se origina en el fracaso ocurrido en la fase anterior. La persona busca protegerse frente a la indefensión, impotencia y desesperanza emocional. Se presenta distanciamiento afectivo, estados de depresión, actitudes negativas, insensibilidad, trato impersonal e indiferente hacia los/as demás (incluidos los/as usuarios/as, familiares, compañeros/as de trabajo, etc.).
3. **Abandono de la realización personal:** La persona autoevalúa negativamente su propio trabajo, siente que ha perdido el significado y valor que tenía; aparecen sentimientos de fracaso, inadecuación e insatisfacción respecto a sus logros, llegando a apartarse de actividades familiares, sociales y recreativas.

Dado que el síndrome de *burnout* se instala progresivamente en la persona (Maslach y Jackson, 1982, citadas por 24; Garcés de los Fayos, s/f, citado por 25; 22), es posible que sea tratado oportunamente. No tomar las precauciones apropiadas puede desencadenar la aparición de depresión, lo que estaría facilitando que el *burnout* continúe instalándose. (20)

Consecuencias: Alteraciones del sueño, depresión, cefaleas, mialgias, alteraciones respiratorias, trastornos gastrointestinales, vértigos, mareos, disfunciones sexuales, alteraciones menstruales, consumo de alcohol y sustancias tóxicas. Adicionalmente puede enfrentar el agravamiento de enfermedades como coronariopatías, diabetes, colon irritable, úlcera gastroduodenal, asma, psoriasis, herpes, etc. La insatisfacción personal y laboral conducirá fácilmente al ausentismo, al bajo rendimiento, al riesgo de sufrir accidentes en el trabajo y al deterioro en la calidad asistencial; sus significativos cambios conductuales irán deteriorando y hostilizando sus relaciones interpersonales. (20, 21, 22, 26)

❖ **Traumatización vicaria:** *“es la presentación de síntomas relacionados con Estrés Post-Traumático en quienes apoyan a personas afectadas por una experiencia traumática, como en el caso de la violencia intrafamiliar. Se desarrolla como resultado de la exposición, breve o prolongada, a los traumas de la otra persona, combinada con la empatía que el/la trabajador/a siente hacia esta persona y con sus propias experiencias dolorosas aun no integradas en su vida”.* (11)

Quienes se hallan más vulnerables a la TV son las personas que trabajan en el área del trauma, o en contacto con el sufrimiento humano, por cuanto la empatía es un recurso imprescindible en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes; también están más predispuestos/as quienes hayan sufrido eventos traumatizantes en sus vidas. (27) Los síntomas relacionados al trastorno de estrés pos-traumático enfrentado por las propias víctimas pueden desencadenarse en los/las prestatarios/as; cuando esto ocurre se denomina *Traumatización Vicaria, Traumatización Secundaria o Desgaste por Empatía.* (11, 12, 20, 27, 28, 29)

Síntomas:

1. **Re-experimentación de los acontecimientos traumáticos:** a través de pesadillas, sueños y recuerdos recurrentes e intrusos, lo que ocasiona temores, malestar, angustia. Ante cualquier estímulo interno o externo que simbolice o recuerden el episodio traumático, la persona sentirá un intenso malestar psicológico así como respuestas fisiológicas.
2. **Evitación y embotamiento de la reactividad general:** La persona evitará sentimientos, pensamientos, conversaciones, actividades, lugares y/o personas que le recuerden el trauma. Disminuye el interés o participación en actividades significativas, y aparecen

sentimientos de desapego o enajenación de los y las otros (as). Su vida afectiva sufrirá restricciones; tendrá la sensación de un futuro acortado y falta de esperanza.

3. **Estado de alerta incrementado:** Frecuentes dificultades para conciliar o mantener el sueño; irritabilidad o explosiones de ira y dificultades para concentrarse. Estado de hipervigilancia, presentando respuestas exageradas de sobresalto.

Consecuencias: Aparición de un estado permanente de ansiedad y miedo, sentimientos de culpa, frustración, impotencia, actitudes de irreverencia, depresión, deterioro en las relaciones interpersonales, insatisfacción y bajo desempeño laboral, entre otros. (27; Blair y Ramones, 1996, citados por 29) Los y las prestatarios (as) afectados (as) por la TV suelen sentir angustia cuando observan que el/la usuario (a) no tomó decisiones adecuadas, se impacientan o disocian al escuchar los testimonios, y en ocasiones, pueden llegar a sentir mayor empatía y hasta identificación con el agresor. Sienten extrema preocupación por su propia seguridad y les invade una profunda tristeza al tener la convicción de no ser un/a buen/a profesional, por lo que suelen no querer retornar al trabajo. (Walker, L., 1993, citada por 12)

❖ **Movilización de las propias experiencias referidas a violencia y/o VIH**

Brindar atención a personas afectadas por violencia y/o VIH no sólo causa sufrimiento, estrés y trauma; implica además estar en riesgo de revivir o activar los propios sufrimientos, vulnerabilidades, temores, culpas, frustraciones, tristezas, impotencia, enojos, etc. referidos a eventos violentos, de abuso y/o de VIH. (11) Estas experiencias pueden ser:

- Directas y/o indirectas
- Previas y/o actuales
- Resueltas, aún no resueltas, en proceso de ser resueltas.
- Ejerciendo y/o experimentando abuso

Estas opciones no son excluyentes entre sí. Y si el/la prestatario (a) se encuentra ejerciendo o experimentando algún tipo de vivencia vinculada a la violencia y/o VIH, el desempeño de su rol será más complejo y no podrá responder adecuadamente a los requerimientos de las personas que acudan a su servicio, siendo probable que su propio sufrimiento lo dirija hacia el/la otro (a), llegando inclusive a utilizarlo (a) para intentar resolver sus propios conflictos y necesidades. (12)

Aunque el *burnout*, la TV y la movilización de las propias experiencias de violencia no siempre se desarrollan en todos/as los/las cuidadores/as, no es posible descartar que estas tres formas en que su salud puede afectarse se den independientemente una de la otra. Si bien quienes experimenten cualquiera de ellas lo harán en grados diversos, estas afecciones suelen ser poco visibilizadas y reconocidas, por lo que la salud integral de los/las prestatarios/as puede agravarse si los síntomas no son identificados y tratados apropiada y oportunamente. (11, 12) Una vez que los/las cuidadores/as ven afectada su salud mental durante el desempeño de sus funciones, se incrementa su vulnerabilidad biológica, los/as predispone a la enfermedad y pone en riesgo su salud integral (12, 22, 23); como consecuencia de ello es probable que adicionalmente alguna otra enfermedad o afección –previamente adquirida o no- pueda surgir, activarse, acelerarse y/o agravarse. (30)

De esta forma, en el escenario de la atención se da el encuentro entre: a) las víctimas, con sus necesidades, expectativas y el impacto que la violencia y/ el VIH/SIDA les ocasionó; y, b) los/las prestatarios/as, con sus necesidades, expectativas y probablemente los efectos del *burnout*, TV y/o la movilización de sus propias historias referidas a violencia y/o VIH.

Es en este contexto que el/la proveedor/a enfrentará elementos que imposibilitarán que logre establecer con los/las usuarios/as la empatía necesaria para entablar una comunicación basada en la escucha activa, el respeto, el interés y comprensión explícitos que, en su conjunto, aseguren una

atención efectiva y de calidad. Además enfrentará serias dificultades para brindar una atención integral (i.e. detección temprana de personas afectadas por violencia y/o VIH, brindar atención de emergencia, evaluar los daños, riesgos y los recursos de apoyo, llevar a cabo el registro, documentación y referencia de los casos, entre otros). Su capacidad para brindar servicios efectivos y para mantener relaciones profesionales y/o personales satisfactorias y funcionales se verá seriamente afectada, lo que a su vez le coloca en mayor riesgo de tomar decisiones inadecuadas en el trabajo, como un mal diagnóstico o sugerir un plan de tratamiento equivocado. (11)

Sin embargo, el síndrome de *burnout* es un proceso progresivo que puede ser controlado y revertido antes de que avance hacia niveles lamentables y destructivos para quien lo experimenta, todo lo cual requiere de apoyo y un plan de autocuidado adecuados. (12) De manera similar ocurre con la TV, para su prevención y manejo es necesario contar con intervenciones personales, profesionales e institucionales. (11) Estas posibilidades de prevención requieren ser tomadas en cuenta si se pretende emprender cualquier iniciativa orientada a alcanzar la recuperación de la salud de los/las prestatarios/as que brindan atención a personas afectadas por VIH/SIDA y/o violencia.

Desde esta perspectiva, emerge la necesidad de considerar la práctica del autocuidado como una herramienta imprescindible que posibilitará prevenir y/o atender cualquier afección en los/las prestatarios/as como consecuencia del desempeño de sus funciones en los servicios de atención a personas afectadas por VIH/SIDA y/o violencia.

II. Autocuidado: definición e importancia

Tulia M. Uribe describe el autocuidado como *“una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales”*. (31)

La promoción del autocuidado es una estrategia imprescindible para alcanzar el bienestar integral en la vida cotidiana así como el logro del desarrollo humano. (31) La importancia de poner en práctica un adecuado plan de autocuidado se centra en el hecho de que conlleva a que el/la prestatario/a que lo realice se vea sumamente beneficiado/a; no obstante, adicionalmente se dará un efecto multiplicador igualmente favorable en otros ámbitos, tal como lo resume el siguiente cuadro.

IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO		
Para el/la proveedor (a)	Para la persona afectada por violencia y/o VIH	Para la institución
<ul style="list-style-type: none"> • Recuperación de su bienestar general: mejora de la calidad de vida. • Satisfacción laboral. • Mejoras en las relaciones interpersonales. • Romper con el aislamiento en el que trabaja. • Iniciar / continuar / resolver el proceso personal de sanación de sus propias experiencias dolorosas. • Mejoras en la atención brindada. • Resignificar el sentido de la labor que realiza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recibir una atención efectiva y de calidad: ver concretada la “humanización del servicio” • Incremento de las posibilidades de recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de ausentismo, tardanzas y abandono laboral. • Mayor rendimiento. • Mejoras en la calidad asistencial o de servicios brindada.

La incorporación de la práctica del autocuidado resulta indispensable para que todos/as preserven su salud integral en condiciones favorables y apropiadas; en el caso de los/las prestatarios/as va a significar además una manera en que podrán iniciar el proceso de recuperación, fortalecimiento,

empoderamiento y de sanación personal. El autocuidado como práctica debe ser interiorizado por la persona desde la propia convicción de requerir darse a sí mismo/a cuidados adecuados y acordes a sus propias necesidades. Ello implica un proceso previo y paulatino de toma de conciencia acerca de sus carencias, expectativas, vulnerabilidades y también sus fortalezas y recursos personales, cuya identificación y reconocimiento debe darse juiciosa y lo más objetivamente posible. Es a partir de este procedimiento que la persona podrá elaborar un planteamiento inicial de acciones/estrategias orientadas a su propio cuidado y, por lo tanto, a la recuperación de su bienestar general.

III. Componentes de los programas de autocuidado en intervenciones de VIH y VCM

Dadas las diversas intersecciones existentes entre el VIH y la VCM en sus causas, consecuencias, respuestas sociales, etc. (7, 32, 33) y de acuerdo a la conclusión y recomendaciones realizadas por Yakin Ertürk, Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer⁴ se ha elaborado un manual para integrar los programas que abordan ambas pandemias, aporte que se plasma en un abordaje integrado del VIH y la VCM. (34) Es así que dentro del proceso de integración de VIH y VCM, y específicamente en la etapa de implementación, se propone que en el marco del componente de recursos humanos se consideren los siguientes aspectos: (i) Recursos humanos con las competencias profesionales necesarias y la motivación para implementar intervenciones integradas de VIH/VCM; (ii) Supervisión establecida para apoyar a los recursos humanos trabajando en la integración; (iii) **Programas de autocuidado para proveedores formales e informales.** (34)

Sobre esta base, a continuación se describen los componentes -tanto teóricos como metodológicos- que deben considerarse en los programas de autocuidado en intervenciones de VIH y VCM y que apuntan a favorecer el cuidado de la salud de los/las prestatarios/as de estos servicios.

COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS DE AUTOCUIDADO EN INTERVENCIONES DE VIH Y VCM	
Sensibilización y concientización previas a los/las proveedores/as	acerca de los riesgos frente a los cuales están expuestos/as en el desempeño de sus funciones, la gravedad de los efectos en su salud mental, la importancia de su propio cuidado y el beneficio que obtendría en su bienestar general. Las acciones/estrategias de autocuidado serán más efectivas en la medida en que el/la prestatario/a haya interiorizado estos aspectos.
Definir el autocuidado y las responsabilidades que su realización demanda,	especificando el propósito de la propuesta, si la práctica será individual y/o colectiva, quién será responsable de su implementación, etc.
Descripción de objetivos, instrucciones, alcances y limitaciones de las acciones/estrategias propuestas	con claridad y en un lenguaje sencillo. Se puede adicionar una presentación a manera de cartilla o resumen dada su utilidad como recordatorio breve de cuanto se puede hacer por el cuidado personal
Elaboración de acciones/estrategias diferenciadas	en función a la condición de cada grupo de prestatarios/as, tales como aquellos/as que: (i) se reconocen sin historias de violencia previas y/o actuales; (ii) se reconocen sin historias de VIH/SIDA previas y/o actuales; (iii) se reconocen afectados/as directa o indirectamente por episodios de violencia, incluidos/as quienes están en condición de agresor/a; (iv) se reconocen afectados/as directa o indirectamente por VIH/SIDA. Cada sub-grupo enfrenta dinámicas distintas que requieren de acciones/estrategias diferenciadas de autocuidado, tanto a nivel individual como grupal.
Incorporación y trabajo de las experiencias personales de los/las prestatarios/as con el apoyo de un/a facilitador/a:	El propósito es guiar a los/las cuidadores/as en ese re-encuentro consigo mismo/a y con sus propias historias de vida a través de un continuo diálogo que propicie dicha auto-confrontación, que además requiere de soporte emocional, acompañamiento y re-orientación de las reflexiones hacia su mundo interior. (14) De ser

⁴ “82. La mayoría de las estrategias de intervención suelen estar destinadas a grupos específicos como los migrantes o las mujeres que son víctimas de la trata con fines de explotación sexual. Estos programas son importantes; sin embargo, es preciso adoptar un enfoque integral para abordar las repercusiones de la desigualdad por razón de género, al tiempo que se llega a grupos de riesgo concretos. Las políticas y planes de acción nacionales serían infinitamente más eficaces si reconocieran la interconexión existente entre las dos pandemias de VIH y de violencia contra la mujer y actuaran al respecto.”(32)

necesario, el/la facilitador/a puede estar acompañado/a de un psicólogo/a.

Incorporación de recomendaciones para el desempeño del/la facilitador/a o equipo de facilitadores/as, sugiriéndose que en lo posible se mantenga/n en el cargo, por cuanto el crear y mantener un lazo de confianza constituye un requisito indispensable para la consecución de los objetivos de toda propuesta de autocuidado. (16) Recalcar que se genere y mantenga un clima de buenas relaciones humanas basado en el respeto, la comprensión, la cooperación, la comunicación y la cortesía.

Incorporar la construcción–reconstrucción de la historia personal a través de espacios de deconstrucción de los mandatos socioculturalmente aprendidos de ser hombres y mujeres, para comprender cómo esa construcción deja situaciones dolorosas o heridas que se reflejan como conductas y actitudes no apropiadas (amargura, actitudes negativas hacia hombres o mujeres). (16) Este proceso permitirá elaborar lo traumático y rescatar lo sano y cada aprendizaje que ha dejado alguna experiencia de violencia y/o de VIH.

Trabajar acciones/estrategias que permitan a los/las prestatarios/as aprender a desconectarse del dolor y preocupaciones surgidas en el trabajo, estableciendo y manteniendo límites definidos entre la vida personal y laboral y así no lleven consigo ni a sus hogares contenidos dolorosos y disfruten de su vida personal.

Trabajar las acciones/estrategias desde lo sano, que implica: (i) observar, identificar y potenciar capacidades y fortalezas no desarrolladas o que se mantuvieron olvidadas; (ii) desarrollar la capacidad de rescatar y trabajar los aprendizajes que como personas afectadas por VIH y/o violencia obtuvieron; (iii) comprender que la mayoría de conductas inapropiadas (“patológicas”), son solo reacciones a situaciones de desigualdad de poder o de situaciones límite. Promover conductas resilientes⁵ al identificar y reconocer haber sido capaces de afrontar, sobrellevar y percibir constructivamente sus experiencias de violencia y/o VIH. (36, 37)

Identificar qué es lo que resulta estresante de la tarea, más allá del dolor del/la otro/a y las heridas personales, y establecer si dichas situaciones (internas o externas) pueden o no ser modificadas. (14)

Elaborar y trabajar el programa de autocuidado con perspectiva de proceso, para: (i) realizar un seguimiento individual y colectivo para evidenciar avances y retrocesos dentro de los procesos de los/las prestatarios/as y así brindarles una retroalimentación adecuada y oportuna; (ii) dejar instaladas habilidades y destrezas que faciliten la modificación de aspectos personales y grupales. (16)

Incorporación del derecho a la salud sustentado teóricamente y articulado a nivel de los objetivos y acciones/estrategias sugeridas. Promocionar el ejercicio de derechos enfatizando: (i) las reales dimensiones de lo que implica mantener la salud en estado óptimo con y como responsabilidad propia; (ii) las responsabilidades institucionales en brindar las facilidades y condiciones mínimas necesarias para asegurar el bienestar de los/las prestatarios/as. (38)

Fortalecer el empoderamiento en los y las prestatarios (as) incorporando acciones/estrategias que fomenten el desarrollo de un sentido de autoestima, de competencia y de autonomía (39) y puedan recuperar la seguridad y autoconfianza necesarias para tomar decisiones que signifiquen el logro de cambios favorables en sus actitudes hacia el trabajo, hacia sí mismos/as, hacia las personas a quienes atienden y, a su vez, logren empoderarlas.

Enfatizar acerca de la responsabilidad institucional y estatal respecto al cuidado y protección de la salud de los y las prestatarios (as), que implica preservar, proteger, promocionar y asegurar su salud. (38, 40, 41, 42, 43) La responsabilidad institucional no debe reducirse a facilitar los procesos de autocuidado; se deben tomar medidas que incluyan la disminución de factores de riesgo para su salud, modificación de las condiciones en las que se realizan el trabajo, optimización de procedimientos a seguir en la atención a personas afectadas por VIH y/o violencia, prevención y protección de su seguridad respecto a eventos violentos dentro del lugar del trabajo, etc.

Incorporación de consideraciones éticas transversales a la propuesta en general, asegurando el respeto por el/la otro (a), sus experiencias, derechos y decisiones. Brindar información sobre los riesgos frente a los que se encuentran expuestos (as) al desempeñar sus funciones como prestatarios/as y antes de emprender las acciones/estrategias plantear las reglas o normas a seguir dentro y fuera del espacio de autocuidado (i.e. guardar confidencialidad, no obligar a nadie a hablar/realizar lo que no desea, evitar expresar críticas y/o interpretaciones, promover relaciones horizontales, si la persona acepta apoyarle con contacto físico durante la descarga emocional y desahogo personal, etc.). (13, 16) Asegurar ambientes privados, confortables, seguros, confiables y acogedores.

Incorporación de medidas para preservar la seguridad de los y las cuidadores (as) frente a amenazas, agresiones verbales y/o físicas y llegar hasta el homicidio, que en ocasiones son realizados por los agresores de las víctimas de violencia. La institución –con participación de los/las prestatarios/as- también debe de elaborar planes de contingencia ante la posible ocurrencia de dichos eventos, implementar talleres de capacitación sobre seguridad

⁵ “Se considera resiliente a aquel que logra afectarse por una situación adversa, revertirla y salir fortalecido de ella, aún cuando esto signifique distanciarse de su medio social o adaptarse a los cánones sociales de éxito”. (35)

para orientar al/la cuidador/a sobre qué conducta no es aceptable, qué hacer si son testigos o víctimas de eventos de violencia en su centro laboral, cómo protegerse a sí mismo/a frente a estos casos, cómo registrar las amenazas y los incidentes de violencia en el lugar de trabajo, entre otros. (44, 45)

Diferenciar las propuestas dirigidas a las instituciones de las que serán utilizadas por los y las prestatarios (as) en el marco de un **Programa integral de autocuidado**, diferenciando dos componentes complementarios entre sí: (i) *Un manual para implementar un programa de autocuidado para cuidadores/as que trabajan en instituciones que brindan atención a personas afectadas por violencia y/o VIH* (implementación a cargo de la institución); (ii) *Una guía personal de autocuidado para cuidadores/as de personas afectadas por violencia y/o VIH* (de aplicación individual pero que no signifique un trabajo en aislamiento y desconexión respecto a la persona responsable de velar el cumplimiento del **Programa integral de autocuidado**).

Articular la propuesta dentro del manual de procedimientos, lo que proporcionará un mayor respaldo para fomentar su puesta en marcha de manera firme y sostenible.

Recomendar que la guía sea utilizada por toda persona que brinde atención a personas afectadas por violencia y/o VIH desde otras áreas de servicio, dado que quien se encuentra en contacto cotidiano con el trauma y sufrimiento humano se encuentra expuesto/a a ver afectada su salud mental.

Bibliografía

1. Heise, L.; Ellsberg, M.; Gottemoeller, M. Para acabar con la violencia contra la mujer. Population Reports 27, no. 4. Serie L, Número 11. Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health y CHANGE. Maryland, USA. 1999. [Consulta: 15 de marzo de 2011] Disponible en la web: <<http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sl11edsum.shtml>>
2. HEISE, L., PITANGUY, J., GERMAIN, A. *Violencia contra la mujer. La carga oculta de salud*. OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington D.C., USA. 1994
3. CLARAMUNT, María Cecilia. *Violencia Sexual Basada en Género y Salud. Sistematización del Taller Introductorio: Violencia Sexual y Salud*. OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública, Nº 13. San José, Costa Rica. 2002
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “*Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*”. División de Salud Familiar y Reproductiva, OMS y la División de Salud y Desarrollo Humano, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, Washington, DC. 1998
5. FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA *Violencia contra las Niñas y las Mujeres. Prioridad de Salud Pública*. New York, USA. 1999
6. ONUSIDA. *Violencia contra la mujer y SIDA*. Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA.
7. Luciano, Dinsy. *Explorando las intersecciones entre el empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe*. Development Connections. Washington D.C. 2007. [Consulta: 13 de marzo de 2011] Disponible en la web: <http://www.dvcn.org/uploads/client_70/files/InterseccionesVIHVC2M2.pdf>
8. Comisión de Derechos Humanos. 61º período de sesiones. Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género: violencia contra la mujer. INTERRELACIONES ENTRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y EL VIH/SIDA. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, y sus causas y consecuencias, Yakin Ertürk. 2005.
9. UNAIDS. Dimensiones del VIH en América Latina.
10. Infante C, Zarco A, Magali-Cuadra S, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C. *El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México*. Salud Pública Mex 2006;48:141-150.
11. Magasis, Dorothy. *Autocuidado del equipo de salud que atiende a personas afectadas por violencia intrafamiliar*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, 1999.
12. Claramunt, Ma. Cecilia. *Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar*. OPS. San José, Costa Rica, 1999. [Consulta: 15 de marzo de 2011] Disponible en la web: <http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia_guia_autocuidado.doc>
13. MacDonald, Jessica (2004) *Salud mental y violencia intrafamiliar. Ruptura con el paradigma tradicional de salud mental y propuesta de autocuidado para las personas que atienden situaciones de violencia intrafamiliar*. Ministerio de Salud de Costa Rica – Organización Panamericana de la Salud – Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. San José, Costa Rica, Diciembre 2004.

14. Ojeda Parra, Teresa. *Las experiencias personales en la capacitación a distancia sobre atención a la violencia doméstica y sexual*. Organización Panamericana de la Salud - Unidad Género, Etnia y Salud. Lima, Perú, 2005. (mimeo)
15. Valero Alamo, Santiago. *Manual para el cuidado de la salud mental de los Equipos de Primera Respuesta. Ayudando a ayudar* [Consulta: 19 de marzo de 2011] Disponible en la web: <<http://www.desastres.org/libros/primer.htm#>>
16. Aguilar, Roberto. *Manual de autocuidado dirigido a los equipos de primera respuesta*. SNF/OPS. San Salvador, 2006.
17. Arango Panesso, Yolanda. *Manual de Autocuidado con énfasis en Equidad de Género. Para consulta de los equipos que atienden a poblaciones afectadas por desastres naturales y víctimas de las violencias basadas en Género* Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente –SOSEP- Guatemala, Abril 2007
18. Organización Internacional del Trabajo – OIT. *S.O.S. estrés en el trabajo: aumentan los costes del estrés en el trabajo y la incidencia de la depresión es cada vez mayor*. Revista Trabajo Núm. 37, diciembre de 2000. [Consulta: 17 de marzo de 2011] Disponible en la web: <<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/37/costs.htm>>
19. Oyague, María Julia; Montani, Renzo y Quintana Gisel. Síndrome de agotamiento profesional: una mirada desde las mujeres. CEDAP, 2002. En: Al fin de la batalla, Fascículo 2. Socialización de género y sexualidad, Fondo editorial Sidea. Lima, Perú, 2002.
20. Cazabat, Eduardo H. y Costa, Edgardo. *Stress: la sal de la vida?. Avances en Medicina Ambulatoria*. Cámara, M. et al. (Editores). Sociedad Argentina de Medicina. Argentina. 2000.
21. Flórez Lozano, José Antonio. *Salud mental del médico: prevención y control del Burnout*. Salud Mental. Año III, Número 2. Salud global. Madrid, España. 2003.
22. Dughi, Pilar. *El autocuidado, nociones básicas y factores de riesgo*. Unidad de Salud Mental. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 2003. Documento impreso.
23. Bayés, Ramón. *Cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador*. 4to. Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio, 1998.
24. Zaldúa, Graciela, Lodieu, María Teresa y Koloditzky, Dora. *La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de Burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires*. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2000; 19 (4): 167-172
25. Torres, Carmen *¿Estrés o burnout?* Agenda Salud Nº 24, 2001. [Consulta: 17 de marzo de 2011] Disponible en la web: <<http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm#>>
26. Gil-Monte, Pedro R. *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Boletín electrónico de Psicología.COM. 2001
27. Cazabat, Eduardo H. *Desgaste por empatía*. En: Psiquiatría.com, III Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2002 (2002)
28. OMS *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (c)* Ginebra, 1992.
29. Trejos Parra, Jhon Jairo; Betancur Sánchez, Aura Victoria y Montoya Alzate, Luz Stella. *Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares: Terapia efectiva para el trastorno por estrés postraumático*. Biblioteca de materiales para intervención en crisis y desastres – Amauta Internacional (s/f) [Consulta: 19 de marzo de 2011] Disponible en la web: <<http://amauta.org/ArtRevMDRis.htm>>
30. Robaina Aguirre, Caristina y Sevilla Martínez, Déborah. *Epidemiología de las enfermedades relacionadas con la ocupación*. Revista Cubana de Medicina General Integral; Volumen 19, Número 4, Julio-Agosto. Cuba. 2003. Disponible en la web: [Consulta: 16 de marzo de 2011] <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_4_03/mgi10403.htm>
31. Uribe J., Tuliá María. *El autocuidado y su papel en la promoción de la salud*. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Vol. XVII, No. 2, septiembre 1999.
32. Comisión de Derechos Humanos. 61º período de sesiones. Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género: violencia contra la mujer. INTERRELACIONES ENTRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y EL VIH/SIDA. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, y sus causas y consecuencias, Yakin Ertürk. 2005. [Consulta: 19 de marzo de 2011] Disponible en la web: <<http://www.unifemweb.org.mx/un/documents/cendoc/relatorias/rel09.pdf>>
33. ONUSIDA. *Violencia contra la mujer y SIDA*. Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA. [Consulta: 13 de marzo de 2011] Disponible en la web: <http://data.unaids.org/GCWA/gcwa_bg_violence_es.pdf>

34. Luciano, Diny. *Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres*. Development Connections, con el apoyo de UNIFEM. Washington D.C. 2009. [Consulta: 14 de marzo de 2011] Disponible en la web: <http://www.endvawnow.org/new/uploads/browser/files/A%20Manual%20for%20Integrating%20Programmes%20HIV%20VAW_Spanish.pdf>
35. Kotliarenco, María Angélica; Cáceres, Irma y Alvarez, Catalina. *Reflexiones Finales*. En: Kotliarenco, M. A.; Cáceres, I. y Alvarez, C. (eds.). *Resiliencia. Construyendo en adversidad*. Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer – CEANIM, Santiago de Chile. 1996
36. Grolberg,, Edith. *Promoviendo la Resiliencia en Niños: Reflexiones y Estrategias*. En: Kotliarenco, M. A.; Cáceres, I. y Alvarez, C. (eds.). *Resiliencia. Construyendo en adversidad*. Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer – CEANIM, Santiago de Chile. 1996.
37. Kotliarenco, María Angélica; Cáceres, Irma y Alvarez, Catalina. *La pobreza desde la mirada de la Resiliencia*. En: Kotliarenco, M. A.; Cáceres, I. y Alvarez, C. (eds.). *Resiliencia. Construyendo en adversidad*. Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer – CEANIM, Santiago de Chile. 1996.
38. Arón, A.M. y Llanos, M. T. *Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia*. Sistemas Familiares, año 20-n°1-2, p 5-15. 2004
39. Stromquist, Nelly. *La búsqueda del empoderamiento: en qué puede contribuir el campo de la educación*. En: León, Magdalena (comp.) *Poder y empoderamiento de las mujeres*. T. M. Editores Santa Fé de Bogotá; 1997.
40. Forastieri, Valentina. *Buenas prácticas empresariales en seguridad y salud*. Organización Internacional del Trabajo - OIT, Oficina Regional para Centroamérica, Haití, Panamá y República Dominicana. Programa Trabajo Seguro / SafeWork. (s/f)
41. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.
42. Constitución de la Organización Internacional del Trabajo. Filadelfia, 1944. [Consulta: 13 de marzo de 2011] Disponible en la web: <<http://www.ilo.org/public/spanish/about/iloconst.htm>>
43. Organización Internacional del Trabajo. *Normas Internacionales del Trabajo*. [Consulta: 13 de marzo de 2011] Disponible en la web: <<http://www.ilo.org/public/spanish/standards/norm/index.htm>>
44. Organización Internacional del Trabajo. *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla*. Reunión de expertos para elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el trabajo en el sector de los servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente. (8-15 de octubre de 2003) Ginebra. OIT, Programa de Actividades Sectoriales; 2003.
45. Occupational Safety and Health Administration - OSHA. *La violencia en el lugar de trabajo*. Departamento de Trabajo de los Estados Unidos – Administración de Seguridad y Salud Ocupacional, OSHA Hoja Informativa, 2002.