

Ministerio de Salud de Costa Rica
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

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*

**SALUD MENTAL
Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Elaborado por:

MSc Jessica MacDonald

Revisión técnica:

MSc Marielos Rojas, Ministerio de Salud

Dra. Miryan Cruz, Consultora OPS/OMS

ISBN: 92 7 532556 1

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso escrito de los editores.

San José, Costa Rica, Diciembre 2004.

Este documento puede solicitarlo en el Ministerio de Salud de Costa Rica

Puede ser consultado en:

www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org

Índice

Introducción	7
I. Violencia Intrafamiliar y Sufrimiento Psíquico: rompiendo con el paradigma tradicional de la salud mental	11
Punto de partida: la salud y la enfermedad mental como construcciones sociales.	15
Hacia una nueva mirada de la salud mental	21
La promoción de la salud: aliada en la producción de salud mental	23
Estrategias de promoción de la salud mental	26
a) La elaboración de una política sana	27
b) La creación de ambientes favorables	27
c) El reforzamiento de la acción comunitaria	28
d) El desarrollo de las aptitudes personales	30
e) La reorientación de los servicios de salud	33
La gestión en red: una forma de organización para la promoción de la salud mental	33
II. La Salud Mental comienza en casa: propuesta de Modelo de Auto Cuidado para el personal de salud que atiende situaciones de violencia intrafamiliar.	39
Los efectos del estrés prolongado en las personas	42
La particularidad del trabajo con violencia intra familia	45
El auto cuidado como una alternativa saludable en los servicios de salud	47
a) Premisas para el auto cuidado en los servicios de salud	47
b) Definición de auto cuidado y objetivo del Modelo	48
c) Principios éticos que deben guiar el Modelo de Auto Cuidado	49
d) Factores protectores	49
e) Componentes del Modelo de Auto Cuidado	50

III. Construyendo espacios grupales de auto cuidado:	
propuesta metodológica	55
1. ¿Qué son los espacios grupales de auto cuidado?	57
2. ¿Cuál es el tipo de metodológica propuesta para estos espacios grupales?	60
3. ¿Cómo se deben conformar los grupos de auto cuidado?	62
4. ¿Quién puede facilitar los espacios de auto cuidado?	63
5. Temas que pueden ser abordados en el espacio grupal	64
6. ¿Cómo organizar las sesiones de trabajo grupal?	68
6.1 Técnicas Psicodramáticas	72
a. Rituales	72
b. Actividades para la integración grupal	74
c. Actividades para entrar en contacto con nuestros sentimientos	78
d. Actividades para generar cohesión grupal	79
e. Juegos de creatividad y de auto conocimiento	81
f. Actividades para recuperar la historia	84
g. Actividades para reflexionaren torno al rol profesional	86
h. Actividades para trabajar situaciones difíciles	87
i. Actividades para reflexionar sobre los equipos de trabajo	90
j. Actividades para el reconocimiento de nuestras necesidades	90
k. Actividades para la evaluación del proceso	90
Anexo	93
Bibliografía	99

Introducción

La violencia intra familiar, además de un problema de salud, es directamente una problemática que incide en la salud mental de las personas. Sin embargo, el contacto directo con personas afectadas por esta problemática y con las personas que brindan algún tipo de atención a estas personas, inevitablemente conduce al cuestionamiento de la forma tradicional como se ha mirado, comprendido y abordado la salud mental.

Las personas sobrevivientes de violencia intrafamiliar, en muchos casos han sufrido en carne propia una nueva violación de sus derechos y de su dignidad humana a través de etiquetamientos psiquiátricos y tratamientos psicofarmacológicos. Para muchas personas, esto les ha sumido en una mayor impotencia ante el problema, perdiendo su autonomía, su energía vital para enfrentarse a las situaciones que oprimen y la posibilidad de una recuperación activa.

A su vez, al personalizar e individualizar el problema, se pierde de perspectiva la dinámica social que genera la violencia intra familiar. Y las personas afectadas quedan atrapadas en diagnósticos como depresión, histeria, bipolaridad, intento de suicidio, trastornos psicosomáticos, así se encubre y silencia su origen. Al igual, se recurre a tratamientos paliativos frente a la sintomatología manifiesta, lo que en nada mejoran la situación, produciendo más bien iatrogenia.

Por eso, este trabajo pretende recoger una nueva propuesta de trabajo en dos direcciones. Una de ellas, la reconceptualización de la promoción de la salud desde un nuevo paradigma de salud mental, que permita guiar las acciones propias de la atención integral a la violencia intrafamiliar en

ese sentido. Una segunda dirección pretende responder a las necesidades sentidas por muchos prestatarios de servicios de salud que se han comprometido con la tarea de apoyar a personas afectadas por la violencia intra familiar. Y consisten en la urgencia de contemplar el efecto que esta teniendo este tipo de atención en su salud física y mental, y en síntesis en sus propias vidas.

Frente a ello, se propone un Modelo de Autocuidado para su aplicación a nivel de instituciones de salud, la cual puede contemplarse en otro tipo de instituciones con tarea similares. A su vez, se presenta una propuesta de dispositivo grupal para el auto cuidado que permita operacionalizar uno de los componentes propuestos en el modelo.

Es así como el presente documento esta compuesto por tres apartados o capítulos que recogen tres trabajos realizados en diferentes momentos históricos (MacDonald 2002, 2003). El primer capítulo responde a un trabajo realizado para el Ministerio de Salud con el propósito de instrumentar a las redes locales de atención a la violencia intrafamiliar en cuanto a la promoción de la salud mental. Para ello fue necesario explicitar un marco de referencia alternativo al tradicional y es lo que se presenta en este documento. El segundo capítulo, recoge una propuesta de Modelo de Autocuidado dirigida al personal de salud que surgió como una necesidad desde el Programa de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar (PAIVIF) de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). En respuesta a esa necesidad, también se elaboró un módulo y guía metodológica para la implementación de espacios grupales para el auto cuidado en los servicios de salud. Esta propuesta se presenta en el tercer capítulo.

El primer capítulo y la impresión de este documento fue posible realizarlo gracias al interés de la Dirección de Desarrollo de la Salud del Ministerio de Salud, especialmente al esfuerzo de la MSc Marielos Rojas Espinoza y a la Organización Panamericana de la Salud que financió los diferentes trabajos y se propuso la tarea de divulgarlos.

Además hay que reconocer y agradecer que en su momento los dos trabajos que se presentan de último, fueron impulsados por el Programa de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar de la Caja Costarricense de Seguro Social, especialmente su directora, la Licda Sonia Mora Rodríguez. Ello no habría sido tampoco posible sin el apoyo del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud en Costa Rica, a través de la MSc Florencia Castellanos. El mismo es resultado de la preocupación por el bienestar físico y emocional de las personas que laboran en una tarea tan vital y al mismo tiempo tan estresante como es la atención a personas afectadas por la violencia intra familiar dentro y fuera de los servicios de salud.

A su vez, la propuesta metodológica de auto cuidado grupal, contó con un proceso de validación a través de una experiencia piloto de 12 sesiones en la que participaron compañeras con amplia experiencia en la atención a la violencia intra familiar en la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de las Mujeres. Ellas son Dra. Helvethya Alfaro Solano, Licda. Marielos Calderón Castro, Bach. Sonia De la Peña Saénz, MSc. Rita Flores Astorga, Licda. Patricia Francesa Blanco, Licda. Xinia Martínez Vargas, Licda. Lorena Monge Marín, Licda. Marielos Monge Solis, Licda. Mayra Pochet Bolaños, Licda. Yamileth Salas Brenes, MSc. Lidia Salas Chavarría, Licda. Judith Salas Chaves. Ellas compartiendo sus vivencias y depositando su confianza en la conductoras de la experiencia, permitieron comprobar la pertinencia y viabilidad de esta propuesta pionera, la cual podrá ser difundida en los servicios de salud y en otras instituciones que compartan las mismas inquietudes. A su vez, es necesario destacar que en la conducción del proceso, se contó con el valioso apoyo de la Licda Ana León, el cual se extendió a la sistematización de las técnicas que se presentan en la propuesta.

I

**Violencia Intrafamiliar
y Sufrimiento Psíquico**

*Rompiendo con el paradigma tradicional
de la salud mental*

En la última década, Costa Rica ha avanzado mucho en la toma de conciencia a escala social de la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública, al igual que en la organización de una respuesta integral y articulada con los diferentes sectores sociales a través del PLANОВI (Plan Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar) para su atención.

Muchos son los logros alcanzados en cuanto a la definición de estrategias de atención específicamente dirigidas hacia las personas afectadas por la violencia intrafamiliar. Sin embargo, debido a su complejidad, el área de promoción ha quedado más rezagada, y los esfuerzos se han centrado más en la prevención secundaria, desarrollando campañas masivas de sensibilización hacia el problema y en menor grado en la creación de ambientes libres de violencia, donde se han desarrollado experiencias más puntuales.

Aún falta mucho por avanzar en cuanto a la definición de estrategias de promoción desde la perspectiva de prevención primordial. Pensamos que incorporar la promoción de la salud mental dentro de esta estrategia, puede ser una línea de fortalecimiento de dicho nivel de intervención dentro del quehacer del PLANОВI.

Sin embargo, elaborar un marco conceptual que oriente esta iniciativa, no es tarea fácil por múltiples razones. En principio, el concepto de salud mental ha sido históricamente objeto de diversos cuestionamientos, y en consecuencia, la práctica misma en el campo de la salud mental constituye un terreno de amplio debate y de posiciones contrapuestas. De ahí la importancia de hacer explícito desde que referentes conceptuales y prácticos se orientará esta propuesta.

Por otro lado, el hecho de que esta propuesta surja como iniciativa desde las instituciones de salud, a su vez tiene implicaciones importantes. Pues el momento histórico en el cual nos encontramos, esta marcado, además de los procesos de reforma del Estado, por políticas fiscales que buscan reducir el gasto público y a subordinar la lógica de la atención en

salud a consideraciones de índole financieras, económicas y administrativas. A su vez, las comunidades han ido desarrollando cierta desconfianza y resistencia hacia las iniciativas impulsadas desde las instituciones hacia ellas. Por esto, el panorama es complejo, pero al mismo tiempo retador.

Un tercer elemento a considerar, muy relacionado con lo anterior, es que la propuesta sea propiamente de promoción y no de atención. Pues la salud tiene menor publicidad que la enfermedad, y cuando los recursos son escasos, se apuesta más a procesos asistenciales que de prevención y mucho menos de promoción. Especialmente cuando las condiciones de vida de grandes sectores de la población van empeorando y con ello la situación de salud se deteriora.

Sin embargo, existe una paradoja en ello. Los costos de la atención en salud, y aun más en atención a la enfermedad mental, crecen y se hace cada vez más insostenibles por parte de las instituciones, de ahí que inevitablemente se deba dirigir la mirada hacia alternativas que se anticipen a la enfermedad, pues es mejor prevenir que curar, tanto en términos humanos como económicos.

Para ello, hay que reconocer que la posibilidad real de incidir positivamente en la salud de las personas, nos lleva necesariamente a mirar con mayor detenimiento los determinantes del proceso de salud-enfermedad. En ese sentido, la violencia intrafamiliar constituye un problema de salud pública de grandes repercusiones tanto en la salud mental como física de las personas. Por eso su erradicación es indispensable para garantizar mejores niveles de salud. A su vez, promover y desarrollar factores protectores frente a este tipo de abuso y violación a los derechos humanos en el ámbito familiar, es esencial para fortalecer tanto el nivel personal como social. De ahí que ligar promoción de la salud mental dentro del modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar, cobre un sentido muy especial.

Esta propuesta conceptual asume el reto y parte de una apuesta a favor de la esperanza y del compromiso del Estado con la promoción de la salud desde una visión integral e integradora. A su vez implica una posición ética con la construcción de un mundo más equitativo y solidario. Pero más que una propuesta que mueva hacia el activismo, se busca establecer bases teóricas sólidas de manera tal que permitan guiar en forma consistente las acciones de promoción.

Tal como señala Catford (1994), *“nada es tan práctico como una buena teoría”*, y en este caso, una teoría que traiga nuevas formas de mirar la salud mental y que puedan fundamentar una forma de intervención coherente con las propuestas del Modelo de Atención Integral a la

Violencia Intrafamiliar y que responda a los lineamientos de la Política en Salud, y a su vez los enriquezca.

Esta propuesta de marco conceptual se divide en cinco apartados. En el primero y segundo apartado se busca plantear un nuevo paradigma comprensivo de la salud mental, que permita mirar la violencia intrafamiliar desde su impacto psíquico y no al revés, como manifestación de problemas mentales. En el tercero y cuarto apartado se aborda la promoción de la salud y sus cinco estrategias en su aplicación al ámbito de la salud mental y la promoción de una vida sin violencia. Por último se concluye esta propuesta con el quinto apartado en el que se hace una propuesta de gestión en red que facilite la articulación de las acciones de promoción de la salud mental en los espacios locales.

1.

**Punto
de partida:**

***La salud y la enfermedad mental
como construcción social***

En esta propuesta se parte de que la salud mental no es algo abstracto, universal ni utópico, aunque sí algo complejo en su conceptualización. El proceso de salud – enfermedad mental, es una construcción social y por tanto, su definición responde a la percepción que una sociedad determinada en un momento histórico específico. Pues lo que se puede nombrar como “enfermo mental” o “saludable mentalmente” no responde a lo mismo en diferentes culturas, ni momentos históricos.

A su vez, la producción de salud o enfermedad es un resultado fundamentalmente dado por las condiciones de vida de las personas que pertenecen a cada sociedad, y en subordinación a ello, a condiciones psíquicas, genéticas y biológicas. Además, la salud o el sufrimiento psíquico es un hecho singular que se expresa en la vida cotidiana posibilitando o imposibilitando vivir una vida de calidad. Esto desde el sentir y significar de cada persona y cada grupo social.

Esta perspectiva se contrapone a equiparar el concepto de salud mental al de normalidad. Pues este último responde a una concepción de tipo estadístico y de adaptabilidad o conformismo social. Es claro que no necesariamente una persona adaptada a las exigencias de una sociedad puede considerársele sana mentalmente. De ahí se reconoce que las sociedades buscan construir el modelo de *hombre necesario* para su mantenimiento y reproducción (Guinsberg, 1990), y esto muchas veces se traduce en sufrimiento psíquico en aquellas personas que responden a dicho modelo. Solo para ejemplificar, pensemos en la sociedad capitalista donde las personas con rasgos obsesivos logran adaptarse al sistema y servir al mismo con gran eficiencia. Sin embargo, la presencia de cierta sintomatología como trastornos psicósomáticos, adicción, síndrome del

burnout y otros, nos hablan del costo mental que tienen la adaptación a dicha demanda social.

Esta perspectiva es compartida por muchos autores¹, quienes señalan como la exhaltación del individualismo en las sociedades modernas, ha promovido el desarrollo de sujetos aislados, alienados, vacíos, con heridas narcisistas, ausentes de significado personal, consumistas sin lograr gozar, insensibles a las necesidades de otros, violentos, inclinados a desvalorizar las mujeres y las minorías, solitarios y con ello no solo la salud mental se ve afectada, también el tejido social se deteriora.

Al respecto, Giovanni Jervis, desde el movimiento alternativo a la psiquiatría señala:

*“ Es lícito suponer que normalidad y trastorno no sean más que las dos caras de una misma medalla, dos aspectos indisolubles y artificialmente separados de una misma realidad social que nos viene presentada como la única posible. Somos invitados a atenernos a **esta** normalidad si no queremos caer en el riesgo de los trastornos mentales: pero no se nos dice que es precisamente esta normalidad la que lleva consigo, indisolublemente, el trastorno, ni se nos dice tampoco que quizás existan otras posibles realidades sociales y también otros modos de enfrentarse a la realidad actual, que no son ni la locura, ni el modo de ser anormal al que insistentemente se nos invita”.*
(Jervis, citado por Guinsberg, 1990, pág 22)

Es desde esta visión más amplia y comprensiva, que la violencia intrafamiliar se entiende como un problema para la salud mental de las personas, por su alta potencialidad en la producción de sufrimiento mental. Una sociedad que asigna lugares diferenciados y jerárquicamente desiguales, según la pertenencia a un determinado sexo o a un específico grupo étnico, produce factores de riesgo que vulnerabilizan a las personas en su salud física y mental. La violencia intrafamiliar reproduce un modelo de dominación socialmente aceptada que deshumaniza los vínculos entre las personas, imponiendo una lógica de cosificación y ejercicio del poder a través del control de unos sobre los otros.

Aquí se observa la contraposición entre normalidad y salud mental. Pues si por mucho tiempo la violencia intrafamiliar se mantuvo invisibilizada, fue precisamente por considerarla normal, legitimándola como un asunto privado en el cual las transgresiones al ordenamiento jerárquico al interior de la familia, eran sancionadas con violencia. Sin embargo, los síntomas del sufrimiento psíquico son múltiples y de ahí las personas afectadas por la violencia intrafamiliar son los emergentes del malestar social.

¹ Miller (1976), Lasch (1978), Yankelovich (1981), Hsu (1983), Lykes (1983), Bellah (1985), Sampson (1988), Cushman (1990), Borgmann (1992), Guisinger y Blatt (1994) (citados por Brenes, Arnoldo y otros, 1995).

Por eso, en cada sociedad y en cada momento histórico, se podrán reconocer “patologías aceptadas” y “modelos de salud propugnados”. Esto se asocia con el hecho que las personas tengan un desempeño adecuado o no, a roles socialmente asignados. Por eso se dice que detrás la asignación de normalidad o enfermedad mental, se expresa criterios valorativos, sustentados en determinada visión ideológica, filosófica y ética del ser humano construida socialmente.

Vemos como, la definición de ajuste, adaptación, normalidad, tan presentes en el discurso de la psiquiatría oficial, indica el encargo social que se le ha asignado a esta disciplina, y con ello un espacio de poder que se traduce en estigmatización, segregación y exclusión social para muchas personas. Es así como se asume el papel de agentes de control social, y se subordina a la demanda del Orden Público (Kelman, 2000), más que a las necesidades de las personas en su búsqueda de sentido e interpretación de sus síntomas y de su sufrimiento. Por las razones anteriores es comprensible encontrar rechazo y cautela por parte de muchos sectores sociales con respecto al abordar el tema de la salud mental.

Desde la tradición psiquiátrica, el interés se ha centrado en la enfermedad mental más que en la salud, predominando una visión positivista que reconoce solo aquello que es medible y comprobable. A su vez, se da un peso mayor y a veces exclusivo a los determinantes biológicos por encima de otros determinantes. Se dedica gran parte de su esfuerzo a la nosología, que implica la clasificación de enfermedades mentales a partir de descripciones y definiciones minuciosas de signos y síntomas, los cuales se pretenden universales. Desde esta lógica, el abordaje de la “salud mental” se ha reducido al nivel individual y su medicalización.

En la actualidad, esta postura tradicional ha sido ampliamente cuestionada, por encubrir los determinantes sociales y naturalizar o biologizar procesos que son gestados dentro de la sociedad. A su vez, como antes se indicara, se ha ejercido un poder desmedido sobre las vidas de las personas, asignándoles un lugar de objetos y no de sujetos (Kait, 2000), y con ello se ha asumido un rol importante en el control social.

Como señalan Augsburger y Gerlero (2000), el término “enfermedad mental” resulta inadecuado para describir las nuevas formas que asume el sufrimiento psíquico, por lo que se requiere una nueva concepción de lo que estas autoras denominan el problema psíquico. Esto abre la posibilidad de romper con la tradicional nosológica, para establecer categorizaciones que consideren la naturaleza histórica y sociocultural de los problemas de salud mental y permitan así comprender mejor las “nuevas formas de producción del padecimiento subjetivo”. Con ello se logra situar la salud mental en el contexto social para poder comprender el malestar subjetivo y su ligamen con la vida cotidiana.

El siguiente cuadro comparativo ayuda a contrastar ambos enfoques:

Visión tradicional de la enfermedad mental	Nueva concepción del problema psíquico
• Se fundamenta en el positivismo: la enfermedad es sólo aquello que se puede ver y comprobar en la medida en que produce señales y síntomas. Se desconoce la dimensión subjetiva. • La nosografía es su forma de categorización • Predomina los determinantes genéticos y neuroquímicos dentro de una noción de causalidad lineal.	• Se parte que la dimensión subjetiva, constituye el proceso mismo de enfermar y su reconocimiento. Esto no necesariamente se acompaña de signos o síntomas reconocibles por otros. • Categorización responde a una visión histórica y sociocultural de los problemas. • Interesa las expresiones actuales del malestar subjetivo ligadas a la vida cotidiana (interesa las nuevas formas de producción del padecimiento subjetivo). Se reconoce la complejidad de la producción de la salud.
Visión tradicional de la enfermedad mental	Nueva concepción del problema psíquico
• El objeto de estudio es la enfermedad mental como entidad natural, objetiva y externa al sujeto que la padece. • La intervención se dirige hacia la prescripción de medicamentos y/o tratamientos estandarizados e institucionales donde el sujeto es objeto de intervenciones por parte de los profesionales en salud. • Se parte de una visión de patología mental que tiende a excluir e inhabilitar a la persona que sufre una enfermedad mental.	• El objeto de estudio es la comprensión de los sufrimientos psíquicos del sujeto en el conjunto de sus relaciones sociales. Es un objeto social-histórico. Sitúa los padecimientos psíquicos en el seno de las condiciones de existencia de las personas afectadas. (Ej: el desempleo, las migraciones, exilios, duelos, etc.) • Se parte de la visión del sujeto atravesado por situaciones de bienestar y malestar psíquico. Se reconoce al sujeto con potencialidad de decir y hacer sobre aquello que le ocurre. Tiene capacidad de accionar sobre las condiciones de vida en las cuales se desenvuelven sus procesos subjetivos. • El sufrimiento psíquico no se expresa necesariamente como producción de patología. Por eso para su comprensión, en lugar de enfermedad y patología mental, se habla de sufrimiento o padecimiento como expresiones del malestar psíquico. No se patologiza situaciones cotidianas, sino se muestra procesos e historia.
• El análisis se centra en el individuo.	• Se reconocen dos niveles de análisis: - Constitución subjetiva singular - Condicionantes sociales Se busca relacionar las problemáticas subjetivas y los modos de vida de los grupos. Se reconoce la vulnerabilidad de determinados grupos.

Con este cuadro se logra sintetizar la diferencia entre dos formas de mirar la problemática, y expresar la comprensión sobre los determinantes de este proceso de salud – enfermedad. Por ello, la nueva concepción parte de una visión más cercana a la salud pública.

A su vez, resulta necesario partir de la noción de proceso de salud-enfermedad mental, y comprender la dialéctica que existe entre la mutua determinación entre la persona y la sociedad a la cual pertenece. Las definiciones anteriores nos indican esa relación a veces obstaculizadora y a veces facilitadora, pero siempre necesaria; un ser humano no puede constituirse como tal en soledad. Su identidad, su ser como persona, se estructura a través de vínculos humanos que permiten dar sentido a su existencia. La pertenencia y aceptación son nutrientes básicos para la vida.

Esto no significa por lo tanto, que las personas deban adaptarse pasivamente a su medio, como ya hemos insistido antes, pero si implica que existe una tensión que se expresa como conflicto y que es parte de la dinámica propia de la vida. La conciencia de dicho conflicto es esencial para la salud mental de las personas, pues cuando las contradicciones sociales no son percibidas por las personas y el malestar sentido se torna contra la misma persona, estamos hablando justamente de alienación, que conlleva sufrimiento psíquico.

Aquí podemos retomar las palabras de Michel Foucault cuando señala que la enfermedad mental se manifiesta:

*“... cuando el individuo no puede gobernar, a nivel de sus reacciones, las contradicciones de su medio, cuando la dialéctica psicológica del individuo no puede encontrarse en la dialéctica de sus condiciones de existencia. Es decir, en otros términos, que está alienado en el sentido de que el enfermo ya no puede reconocerse en tanto que hombre en las condiciones de existencia que el hombre mismo ha instituido”.
(citado por Guinsberg, 1990, pag 88)*

Las palabras de Foucault, nos recuerdan los síntomas del estrés post-traumático derivado de situaciones de violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar. Donde las sensaciones y manifestaciones físicas y emocionales parecen no concordar con la realidad actual de la persona que los padece. A su vez, nos permite entender estados de depresión donde ha habido un aprendizaje de la desesperanza. Muchos de estos síntomas se ven aislados y descontextualizados, lo que atrapa a las personas en categorías y tratamientos psiquiátricos que les inmovilizan aún más. ¿Cuántas niñas, niños, adolescentes, mujeres y personas mayores han encontrado como respuesta a sus depresiones, derivadas de problemas de violencia, la prescripción de psicofármacos?

Desde la nueva concepción es posible pensar la salud mental y la enfermedad como padecimiento, lo que remite a vivencia, experiencia que torna visible la dimensión del sufrimiento y que evoca un acontecimiento

significativo. De ahí las limitaciones que tiene una nosología que establece categorías abstractas por su falta de vinculación con los eventos detonantes de las mismas

Desde este nuevo marco de referencia es posible comprender la violencia intrafamiliar en su posibilidad de generar sufrimiento psíquico y exponer a las personas a cierta vulnerabilidad. Las contradicciones sociales son claras: se le asigna al ámbito familiar, las más importantes funciones en la construcción de la subjetividad de las personas. Se parte de la idea que es un lugar donde reina la seguridad y la contención de sus miembros, pero las personas que viven la violencia intrafamiliar están presas en la radicalización de la normativa social propia de una sociedad patriarcal. Son estas personas quienes se ven sometidas justamente a la contradicción del discurso de bienestar social. Ajustarse, o adaptarse a esta situación, debilita a las personas y el precio que se paga se asume en forma individual, la responsabilidad social queda borrada. Por eso, no es de extrañarse que surja síntomas de depresión y de malestar psíquico, limitando abiertamente la potencialidad de desarrollo de las personas.

Si algo es indispensable para romper este determinante de sufrimiento psíquico, es justamente el romper el silencio, poder nombrar el problema y tomar conciencia de las contradicciones sociales, tanto las personas violentadas como las violentadoras. Aquí es fundamental recordar como veíamos al inicio, que la definición de salud mental de la cual partamos, siempre responde, en forma latente, a una concepción de ser humano y es eminentemente valorativa, y responde necesariamente a una posición ética.

Como señala Mirta Méndez, (2002), la violencia doméstica *hay que mirarla con ganas de ver*, porque cuesta identificarla, sobre todo para las personas que la sufren y las personas que les rodean. Y siguiendo una propuesta ética la define de la siguiente manera:

“Estamos en presencia de violencia cuando faltan algunos principios esenciales para el vivir y el convivir, diríamos que es violenta la ausencia del respeto por la libertad propia, la libertad ajena, el espacio propio y el espacio ajeno.” (Méndez, 2002, pág 49).

Esto lleva a distinguir entre conducta moral y conducta ética. Según esta autora, la primera responde al cumplimiento de la ley de una sociedad determinada, y ello se restringe a una mirada normada. Sin embargo, puede haber legalidad sin legitimidad. Es el caso de legislaciones racistas, androcentristas o genocidas. Mientras que la conducta ética responde a una intención personal, por lo tanto, implica una responsabilidad, un posicionamiento y no un simple acatamiento de la normativa. Ese es el espacio posible de la resistencia, de la deslegitimación de leyes que pueden no ser justas o insuficientes. Pero para ello es necesario encontrar nuevos referentes que permitan construir una conducta ética alternativa. Esto pensamos que debe acompañarse con una redefinición de la producción de la salud mental.

2.

Hacia una nueva mirada de la Salud Mental

Ahora bien, para continuar y avanzar hacia una propuesta de promoción, se hace necesario intentar una definición de salud mental, más allá de una simple referencia a la ausencia de enfermedad mental. Con ello nos encontramos con la misma dificultad que ha atravesado la definición propiamente de la salud.

Podríamos partir de la definición de salud de la OMS, como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Sin embargo, la misma ha sido ampliamente discutida por su posición idealista. Es de consenso que la misma presenta un estado utópico de pleno bienestar inalcanzable e inaplicable para la vida de la mayoría de las personas, lo que nos definiría a todos como enfermos.

Si recurrimos a los documentos propios de política pública, encontramos la siguiente definición en el Plan de Atención a la Salud de las Personas de la Caja Costarricense de Seguro Social (PASP, 2001-2006):

“La salud mental constituye un proceso de desempeño satisfactorio de las funciones mentales, que da como resultado actividades productivas, desarrollo de relaciones exitosas con otras personas, habilidad para adaptarse a los cambios y soportar la adversidad. La salud mental es indispensable para el bienestar personal, las relaciones interpersonales y familiares, así como contribuir con la sociedad y la comunidad”. (CCSS, 2001)

Esta definición responde nuevamente a la posición tradicional de normalidad, y es inevitable que requiera nuevas definiciones o aclaraciones. Por ejemplo, habría que aclarar que se entiende por un *desempeño satisfactorio de las funciones mentales*. A esto se agregan nuevas preguntas: ¿satisfactorio para quien?, ¿qué entendemos por *actividades productivas*?, ¿qué son *relaciones exitosas*?. Es claro que ello responde a un enfoque reduccionista (biologisista apoyado en el funcionalismo, Bynum, 1986), en el cual se apela a la homeostasis, esto se traduce nuevamente al mantenimiento de un *statu quo* al cual debe adaptarse la persona, igual que un organismo a su medio. En esta definición se parte de una visión armoniosa del medio en que se desarrollan las personas, se niega el conflicto y no se reconoce su determinación sobre la salud misma de las personas. De ahí que se centre en el individuo y su ajuste o no al medio. Así se hace explícita la valoración positiva de la adaptación, claramente ligado al conformismo social.

Como vemos, esta definición no resulta satisfactoria para los objetivos de esta propuesta. Sin embargo, ya Guinsberg (1990) nos alerta que la definición o conceptualización de la salud mental es muy compleja y polivalente, y nos recuerda como incluso algunos autores la consideran imposible de definir. Su complejidad se debe a que en ella intervienen

múltiples aspectos, e inciden cualitativamente todas las expresiones sociales. Como señala este autor, la salud mental es un asunto de tipo transdisciplinario, que expresaría *“la síntesis más alta de todos los factores que actúan en y sobre el ser humano”*.

Si bien coincidimos con estas observaciones, quisiéramos, sin embargo, contar con una definición orientadora para los propósitos de este trabajo. Al respecto, las propuestas surgidas desde una nueva visión de la salud pública, y específicamente desde el movimiento de la promoción de la salud, posibilitan conceptualizar la salud de una forma diferente, y además inclusiva de la salud mental. Nutbeam (1985) señala que desde esta óptica, la salud involucra la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente.

En ese sentido, Last (1997) propone una nueva definición de salud, parafraseando los aportes del movimiento de promoción de la salud:

La salud será “ la extensión hasta la cual un individuo o un grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades al igual que cambiar o adaptarse a su medio. La salud es un recurso para la vida diaria, no un objeto de la vida, es un concepto positivo, enfatiza los recursos sociales y personales al igual que las capacidades físicas”.
(Last, 1997, pág 4)²

En esta definición es claro que el contexto en el cual se desarrollan las personas juega un papel importante, así se conjugan habilidades personales con un entorno que promueva y ofrezca oportunidades para poder desarrollar esas habilidades. Esto implica que se requieren condiciones que favorezcan la salud tanto en el ámbito económico, social, psicológico como físico.

Lo anterior involucra necesariamente la salud mental, comprendiendo que la misma es un recurso fundamental para la vida cotidiana, y que incluso opera muchas veces como determinante de la salud física de las personas. Aquí nos resulta importante observar que la salud física y mental no son aspectos o compartimentos excluyentes ni aislados, están en relación permanente.

También la definición antes indicada permite hacer visible la tensión entre demanda social de adaptación y necesidad de inclusión de las

² En la Conferencia Internacional en Ottawa, 1986, la promoción de la salud es definida de la siguiente manera: “Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana”.

personas, y por otro lado necesidad individual de crecimiento y desarrollo de potencialidades. Esta relación responde a una lógica dialéctica que permite el movimiento y el cambio tanto social como individual. Tal como señala Isua:

“...La salud psicológica supone una integración dinámica, creadora y productiva de tendencias, frustraciones y valores, y de ningún modo una plácida y pasiva quietud conformista e indiferente. (Jorge Insúa, citado por Guinsberg, 1990, pág 78)

Por lo anterior, algunos autores como Bonnfé (citado también por Guinsberg, 1990), señalan como la salud mental involucra necesariamente la toma de conciencia por parte de las personas, de las determinaciones psicosociales limitantes, lo que permite una elección libre y consciente frente a todos los aspectos de la vida. Aquí vemos como se hacen explícitos valores humanos como la libre realización personal, la autonomía psíquica y la responsabilidad personal como aspectos potenciales que pueden ser propiciados por una sociedad.

Si se piensa específicamente en la violencia intrafamiliar, surge la esperanza que la estructuración social del patriarcado, con sus efectos lesivos a la salud mental, puede ser enfrentada y transformada a través de la defensa de los derechos humanos. Pues estos esfuerzos constituyen en la dinámica social, una forma de hacer explícitas las contradicciones, y abogar por una concepción del ser humano que involucre el respeto a la dignidad humana, a la defensa de un mundo solidario, tolerante y equitativo, donde las personas puedan disfrutar de libertad de ser y hacer.

3.

La Promoción de la Salud:

Aliada en la producción de la salud mental

Tal como se estableció en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud realizada en Ottawa Canadá, la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (OMS y otros, 1986).

Es así como fomentar la salud involucra transformar las condiciones de vida y la forma de vivir de las personas. Las condiciones y los requisitos que se plantean para la salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Las acciones de promoción de la salud se encaminan a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial.

Esto implica tanto la responsabilidad social como personal en la construcción social de la salud. Por ello, las transformaciones requeridas deben comprometer a todos los sectores sociales, sumando así la acción ciudadana con la movilización de recursos sociales e institucionales. Por eso la promoción de la salud se guía por los siguientes principios de actuación (Nutbeam, 1985):

- Trabajar **con** la gente y no **sobre** la gente
- Empieza y termina en la **comunidad** local
- Está encaminada hacia las causas de la salud (las inmediatas como las subyacentes)
- Valora tanto al individuo como a su medio ambiente
- Subraya las dimensiones positivas de la salud, y afecta y deberá involucrar por tanto a todos los sectores de la sociedad.

A su vez, la promoción de la salud involucra tres grandes ámbitos de acción: la promoción como política institucional, la promoción como movimiento y la promoción como cultura (Alcaldía de Manizales y otros, 1994):

- **La promoción como política institucional:** involucra a toda la población en el contexto de su vida cotidiana y opera como una estrategia política encaminada a desarrollar mejores condiciones de salud individual y colectiva.
- **La promoción como movimiento:** Implica la movilización de conocimientos, intereses y voluntades para mantener saludable a la población.
- **La promoción como cultura:** Por la relación con todos los factores de la vida social y comunitaria, la promoción y el fomento de la salud son expresiones de desarrollo cultural. La promoción contribuye a crear la Cultura de la Salud.

Estos tres ámbitos de acción resultan fundamentales para la promoción de la salud mental y comprenden dimensiones diferentes de abordaje pero entrelazadas una con otra. En el caso de la Atención Integral a la Violencia Intra familiar, se buscara promover la transformación de una cultura de dominación y abuso del poder, por una cultura de respeto a los derechos humanos.

Como ya sabemos, lo que las personas aprenden e incorporan sobre los roles de género, juegan un papel muy importante en el desarrollo y perpetuación de comportamientos violentos. La Asociación Americana de Psicología (APA, 1996) reconocen que solo el fortalecimiento

(empowering) de hombres y mujeres para vivir libres de violencia permitirá romper con el ciclo de violencia. Pues la socialización de género en si misma se basa en la promoción de estereotipos rígidos del ser, hace y tener de las personas según su pertenencia de género. La violencia forma parte del aprendizaje. Esto tiene un efecto negativo tanto en el comportamiento como en la sensación de bienestar de las personas. Y mientras la violencia se tolere y se vea como normal, las personas, familias y la comunidad entera serán dañadas.

Esa cultura a que aspiramos alcanzar como alternativa, comprende entonces una cultura inclusiva, donde todas las personas tengan derecho a ser respetadas en su dignidad humana. Donde los valores más importantes que rijan la convivencia sea la tolerancia a las diferencias, la equidad y la solidaridad. Esto solo es posible transformando las estructuras de la división sexual y sus jerarquizaciones, al igual que el ejercicio del poder sobre las personas.

En esto, resulta útil retomar los aportes de Bordieu (2000) cuando señala la necesidad de comprender los mecanismos de *deshistorización* y de *eternización* de las estructuras de dominación, sustentadas en la división sexual y de los principios de división correspondientes. Para ello, es importante revelar las mediaciones entre determinantes estructurales y prácticas individuales y grupales. Esto apela a la necesidad de retomar los conflictos fundados en el control de los recursos materiales y simbólicos que se generan o circulan al interior de la sociedad.

En el caso de violencia intrafamiliar, sabemos que la salud mental se apoya en las concepciones de relaciones entre las personas que predominan en nuestra sociedad. Por eso pensar en la promoción de la salud mental atraviesa por la capacidad que los diferentes actores sociales puedan desplegar para incidir en esos espacios de producción de recursos simbólicos. Esto implica poder develar y deconstruir los mecanismos constitutivos de las relaciones de poder y el campo o *habitus* donde se despliega la existencia de un capital simbólico común y la lucha por la apropiación de ese capital. Esto requiere atravesar tres momentos (Castillo, 2001):

1. Análisis de la posición de los actores
2. Análisis de las relaciones objetivas de los grupos en competencia por la obtención de la legitimidad del campo intelectual y del campo de poder.
3. Construir el “habitus” o sistema de disposiciones socialmente constituidas que, en cuanto estructuras estructurantes, son el principio generador y unificador del conjunto de las prácticas y de las ideologías características de un grupo de agentes.

Esto último implica incidir en las instituciones y los agentes de socialización como el Matrimonio, la Familia, la Iglesia, la Escuela y el Estado, además de los Medios de Difusión Masiva, para “reinsertarse en la historia, y devolver, por lo tanto, a la acción histórica, la relación entre los sexos que la visión naturalista y esencialista les niega” (Bourdieu, 2000, pág 8). Para ello es necesario crear armas simbólicas eficaces que permitan quebrar en las instituciones, estatales y jurídicas, su aporte en eternizar de la dominación.

Esto representa una tarea compleja, ya que involucra un esfuerzo de revisión permanente y consciente de nuestro ser y hacer en su subordinación y sujeción a una estructura social opresiva. Por eso requiere un esfuerzo intelectual cuya guía debe ser clara y accesible al colectivo social, que es en última instancia hacia donde se encaminan las acciones de la promoción de la salud mental. En esto, resulta clarificador las ideas de Foucault:

“El trabajo de un intelectual no consiste en modelar la voluntad política de los demás, estriba más bien en cuestionar, a través de los análisis que lleva a cabo en terrenos que le son propios, las evidencias y los postulados, en sacudir los hábitos, las formas de actuar y de pensar, en disipar las familiaridades admitidas, en retomar la medida de las reglas y de las instituciones y a partir de esta re-problematización (en la que desarrolla su oficio específico de intelectual) participar en la formación de una voluntad política (en la que tiene la posibilidad de desempeñar su papel de ciudadano). (Foucault, 1996, pág. 9)

Esto involucra fundamentar una nueva ética de la existencia que debe ser una construcción colectiva. Quizás de ahí surja realmente una cultura alternativa.

4.

Estrategias de Promoción de la Salud Mental

Ahora bien, lo anterior constituye el marco conceptual que guía la transformación estructural necesario para que la propuesta de promoción tenga incidencia en el hacer y ser cultural. Esto puede articularse a través de las cinco estrategias establecidas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud son:

- a. La elaboración de una política sana
- b. La creación de ambientes favorables
- c. El reforzamiento de la acción comunitaria
- d. El desarrollo de las aptitudes personales
- e. La reorientación de los servicios de salud.

Veamos cada una de estas estrategias a la luz de la promoción de la salud mental dentro del Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar:

a. La elaboración de una política sana

Desde esta estrategia es posible buscar un posicionamiento de la salud mental en la agenda pública, desde su concepto positivo y no ligado a la enfermedad mental. Esto involucra una variedad de políticas y leyes que permitan hacer las transformaciones institucionales requeridas para regular las relaciones entre géneros y entre grupos étnicos, tanto al interior de la familia como en el ámbito público. Esto apoyado en la doctrina de los Derechos Humanos y desde una perspectiva de género.

También hay que considerar, desde la óptica de promoción de la salud mental, más que regulaciones, se requieren además políticas y leyes que abran espacios para una convivencia alternativa entre las personas. Esto involucra desde políticas de equidad, acompañadas por la creación de espacios de participación activa de los grupos con menor cuota de poder social, en la explicitación de sus necesidades y demandas específicas, hasta transformaciones institucionales que permitan la igualdad de oportunidades para el desarrollo de las personas.

b. La creación de ambientes favorables

Aquí será importante incidir en los ámbitos donde las personas crecen y se desarrollan. En primera instancia en el hogar, donde las características de dicho ambiente son fundamentales en la formación de las personas. Un ambiente favorable en el hogar será aquel en el cual se favorezca relaciones entre los diferentes miembros del grupo familiar que permitan el desarrollo óptimo de las potencialidades de las personas. Eso involucra un proceso de crianza basado en el respeto a la dignidad humana de las personas menores de edad y su fortalecimiento; un ejercicio de la maternidad y paternidad que favorezca los lazos afectivos; relaciones de pareja dialogantes, adultas, recíprocas y respetuosas de los derechos de cada uno; y una consideración por las necesidades de las personas mayores y la valoración de su experiencia acumulada. Es necesario a su vez que existan relaciones equitativas, es decir que respondan a las necesidades específicas de cada miembro de la familia, pero que al mismo tiempo se reconozca la igualdad de derechos de todos los miembros sin distinción de sexo ni edad. Las labores del hogar serán parte de las tareas a compartir en igualdad de condiciones y de acuerdo con las capacidades de cada miembro de la familia.

Otros ámbitos importantes en los cuales deberá crearse un ambiente favorable son las instancias educativas (escuelas, colegios, universidades),

las iglesias, los lugares de trabajo y la comunidad en general. En ellas será importante promover consciente y activamente oportunidades que ayuden a romper con la tradicional división sexual del mundo. En el caso de las instancias educativas, es fundamental romper con la socialización de género que establece roles rígidos y estereotipados, esto involucra no solo los contenidos educativos sino las relaciones mismas que se establecen al interior de la institución.

Una herramienta fundamental que posibilita la implementación de esta estrategia es la educación en salud y la comunicación social. Aquí se pueden organizar actividades como escuelas para padres, procesos de capacitación a educadores, campañas masivas donde los medios de difusión social se tornen aliados de la promoción de ambientes favorables a la salud mental, entre otros.

c. El reforzamiento de la acción comunitaria

Esta estrategia cobra especial sentido en la promoción de la salud mental, ya que la acción comunitaria en sí, es expresión de salud mental. Tal como señala, Sluzki (1995), existe una estrecha relación entre la salud de las personas y la red social en la cual se desenvuelven. Esta relación consiste en una mutua determinación. La salud tanto física como mental de las personas se ve afectada cuando su red social se empobrece y a su vez, la enfermedad de las personas altera la red social.

En ese sentido, resulta de gran utilidad los desarrollos teóricos en torno al concepto de capital social³. La idea principal que subyace es que la familia, los amigos y las personas afines a un individuo, constituyen un importante apoyo tanto para ayudarlo a enfrentar las situaciones difíciles como para disfrutar los buenos momentos, a la vez que los introduce a una red de interrelaciones que facilitan el contacto con oportunidades de diferente índole. Se sabe que aquellas personas que cuentan con una red social fuerte y de calidad, tienen mejores posibilidades de enfrentarse con los retos de la vida. Esto es válido no sólo para las personas, también para las comunidades. Las posibilidades de elección y desarrollo son mayores cuando menos aisladas están tanto las personas como las comunidades.

Se conoce que el aislamiento favorece la violencia intrafamiliar y aumenta la vulnerabilidad de las personas afectadas. Por eso, los lazos sociales operan como factores protectores. De ahí que en esta estrategia se pueden reconocer como esfuerzos muy válidos la recuperación de prácticas comunitarias de solidaridad, como el contacto vecinal y el intercambio de recursos, el apoyo mutuo, las actividades recreativas y las conversaciones cotidianas que contribuyen a fortalecer el tejido social.

³ Este concepto está asociado a tres autores en forma especial: Pierre Bourdieu, James Coleman y Robert Putnam. Y ha sido ampliamente utilizado por el gobierno de Canadá (Canadá PRI, 2003)

Las fuentes del capital social subyacen en la estructura de las relaciones sociales construidas a lo largo del tiempo. Y se consideran una inversión, ya que en la medida en que se incrementa el capital social, se genera más riqueza para el futuro. Por eso es beneficioso tanto para los individuos como para el bienestar de la comunidad, pues son justamente las redes sociales las que permite a sus miembros acceder a recursos y apoyos. Hay que aclarar que el capital social no está ubicado en un actor particular, sino en la relación entre actores. Así para Bourdieu (citado en, Canadá PRI, 2003), el volumen de capital social que una persona posee, se mide por el tamaño de conexiones en la red que efectivamente puede movilizar y en el volumen de capital (económico, cultural o simbólico) que posee cada una de las personas con quien está en conexión. El capital social implica creación de confianza y reciprocidad entre los miembros que integran la red. Por eso las redes junto con los valores compartidos y la comprensión mutua, facilitan la cooperación entre los grupos.

El capital social de las redes es dinámico, no estático, puede ser episódico y específico para el contexto. Se puede dar en torno a una temática o actividad y cuando esta concluye, puede desaparecer. Pero en general se considera que las redes que más perduran, agregan mayor capital social, al establecer lazos más duraderos.

Sin embargo, el capital social involucra tanto beneficios como riesgos. Como beneficios, Adler y Kwon (2002, citados por Canadá PRI, 2003) rescatan el flujo de información, influencia y solidaridad. Algunas consecuencias negativas que se señalan son la exclusión de personas externas a la red en el control de recursos, al igual que la restricción en la libertad de las personas y la exclusión de grupos históricamente oprimidos. En esto, Rovere (2002) nos alerta al señalar que las redes también pueden operar como *dispositivos de captura*. Por eso es importante tener claridad que para defender el fortalecimiento de la acción comunitaria como estrategia de promoción de la salud, es necesario ejercer vigilancia en torno al manejo del poder y las formas que va asumiendo al interior del trabajo en red.

Para terminar, es importante indicar que Putman (2000, citado por Canadá PRI, 2003), distingue tres formas de capital social: los vínculos, las conexiones y los enlaces. El capital social vincular se refiere a las relaciones dentro de grupos homogéneos. Estos sirven para proveer de apoyo social y psicológico a sus miembros en la vida cotidiana y uno de los valores más importantes en ello es la lealtad grupal. El capital social de conexiones es más heterogéneo, implica establecer puentes entre actores externos en una interacción horizontal. Y por último el capital social de enlaces implica la interacción vertical, busca ligar diferentes estratos de recursos y estatus. En este último caso se ubican los lazos entre

instituciones y comunidad. Estas tres formas de capital social son indispensables para la articulación de acciones encaminadas a la promoción de la salud mental.

d. El desarrollo de las aptitudes personales

La Asociación de Psicología Americana (APA, 1996) considera que si bien la violencia no está generalizada, si es importante tener claridad sobre los factores de riesgo asociados con el desarrollo de conductas violentas y el fortalecimiento de aquellos factores protectores que evitan dicho desarrollo. Por ejemplo, se ha demostrado que la exposición a situaciones de violencia en la propia familia durante la infancia y adolescencia, es un factor que puede predisponer a las personas menores de edad a reproducir conductas violentas o desarrollar actitudes de impotencia e indefensión frente a la agresión en la edad adulta.

Si bien existen importantes estudios que apoyan lo anterior, dentro de la lógica de la promoción de la salud, no es suficiente con apostar hacia la vigilancia de esos factores de riesgo. De ahí que nuevos enfoques encaminados a esclarecer aquellos factores que protegen a las personas de los efectos adversos, son de gran utilidad. En esa línea se puede mencionar los trabajos sobre la “resiliencia”.

Tal como señalábamos al inicio de este trabajo, no se puede pensar la salud mental como pleno bienestar, porque lo que en la vida cotidiana se expresa, es justamente que la vida involucra contradicciones, tensiones y conflictos. No podemos partir de una noción idílica, porque es justamente esto lo que lo hace inalcanzable. Lo que sí es claro es que cada sociedad va ensanchando o encogiendo las posibilidades de sentir bienestar que tengan sus miembros. Un buen ejemplo de ello lo constituye las conquistas sociales alcanzadas por los movimientos feministas y de derechos humanos, entre ellas, poder visibilizar y explicitar las consecuencias de la socialización de género en el bienestar de las personas, y por otro lado la creación de una base firme desde donde dignificar las personas como es la doctrina de los derechos humanos.

A su vez, procesos individuales de resistencia ante la adversidad y de lucha creadora, también permiten dinamizar las potencialidades. En ese sentido, un concepto como el de resiliencia es bastante clarificador en este sentido, pues se reconoce que el mundo está lleno de adversidades ante las cuales algunas personas desarrollan mecanismos que permiten sobrepasar las dificultades.

El concepto de resiliencia, proviene de la física y significa el número que caracteriza la fragilidad de un cuerpo, o sea, su resistencia a los choques: a mayor resiliencia, menor fragilidad. En la metalurgia, significa la capacidad

de los metales de resistir a los golpes y recuperar su estructura interna (Suárez, 1994). Este término es retomado y aplicado al campo de la psicología en 1978, por Michel Rutter. Como concepto, tiene que ver con los factores que ayudan a los sujetos a enfrentar los desafíos de la crisis y a incrementar sus recursos psíquicos y sociales para atravesarla con ingenio y creatividad.

A nivel de salud pública, este concepto logra superar la visión de enfoque de riesgo y su determinación, para conducir la mirada de la epidemiología y las acciones de promoción de la salud, hacia la detección de esos aspectos protectores de la salud que permitirían realizar acciones positivas. Tal como señala Suárez (1994), el concepto de resiliencia permite pensar en un *modelo epidemiológico del desafío*.

Rutter (1993) realiza amplias investigaciones y en sus resultados logra establecer que la resiliencia puede radicar tanto en el contexto social como en el individuo. La resiliencia generalmente no radica en la evitación de experiencia de riesgo, sino de tener el encuentro en un momento dado y de cierto modo con los riesgos, y que la persona supere con éxito la prueba. Los aspectos asociados a ello, son la conciencia de la persona sobre la situación conflictiva que vive y las acciones que se toman a partir de ello. A su vez, es importante el cómo evalúan sus circunstancias las personas; la resiliencia implica encarar las dificultades de la vida con una actitud positiva. El concepto de resiliencia parte de la idea de que las personas pueden hacer mucho por influir en lo que les sucede. Así además de la conciencia de la situación, esta la capacidad de planificar o decidir las acciones a desarrollar; cuando la persona se siente a merced del destino y no asume una posición activa para afrontar la situación adversa, esta en una posición de mayor fragilidad y vulnerabilidad. Tal como señala Rutter (1993), la resiliencia se puede fomentar tomando medidas para que las personas sientan que gobiernan su vida y pueden determinar lo que les sucede.

Si pensamos en la violencia intrafamiliar, vemos porque la desesperanza aprendida vulnerabiliza tanto a las personas. Y a su vez, las investigaciones de Rutter, señalan que un factor protector es el matrimonio armoniosos, con ello, vemos que la violencia conyugal es un elemento desprotector y vulnerabilizador. A la vez se hace fundamental recuperar las estrategias de sobrevivencia que han desarrollado las personas afectadas por ella. De ahí que la propuesta de grupos de apoyo y autoayuda son fundamentales. Compartir las experiencias, tomar conciencia del problema, fortalecerse y encontrar estrategias comunes para enfrentar la situación. Por eso, toda propuesta de promoción de la salud mental dentro del Modelo de Atención Integral a la Violencia intrafamiliar debe contar con ese recurso invaluable que es las personas sobrevivientes.

Otro elemento sobre el cual Rutter nos llama la atención, es la necesidad de reconocer la importancia de momentos decisivos en la vida de las personas. En sus investigaciones encuentra que más que los factores generales de las situaciones, vale más reconocer los elementos particulares de las personas y su situación. Por eso considera que hay que pensar más en situaciones concretas de las personas y no solo en función de algo que produce un bien general.

Por otra parte, el éxito en una esfera de la vida, le da a las personas una sensación positiva de sí mismas y le da confianza para tomar medidas que les ayuden a salir adelante de las pruebas que la vida les depara en otras esferas. También se reconoce que existen variaciones individuales en cuanto a la susceptibilidad.

Rutter destaca de las investigaciones, cuatro tipos de procesos protectores:

- a) Los que reducen las repercusiones del riesgo, en virtud de los efectos sobre el riesgo propiamente dicho, o modificando la exposición al riesgo o la participación en el mismo.
- b) Los que reducen la probabilidad de reacción negativa en cadena resultante del encuentro con el riesgo.
- c) Los que promueven la autoestimación y la eficiencia mediante relaciones personales que dan seguridad y apoyo, o mediante el éxito en la realización de tareas.
- d) Los que crean oportunidades.

“... es necesario prestar atención especial a los mecanismos fundamentales de los procesos del desarrollo que acrecientan la capacidad de las personas para hacer frente eficazmente al estrés y la adversidad futuros, y los que les permiten superar las secuelas de riesgos psicosociales pasados”. (Rutter, 1993, pág 5)

La resiliencia no es otra cosa que la capacidad creativa de las personas para enfrentar efectivamente los eventos estresantes, severos y acumulativos, transformando estos factores adversos en elementos de estímulo y de proyección hacia delante. La visión positiva radica en que las situaciones adversas permiten desarrollar destrezas que en situaciones normales no las facilitarían.

Steven Woolin (citado por Suárez, 1994), establece siete características personales que constituyen los pilares de la resiliencia (“El Mandala de la Resiliencia”):

- a) **Introspección:** es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una autorespuesta honesta.

- b) **Independencia:** es el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en aislamiento.
- c) **La capacidad de relacionarse:** la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas para balancear la propia necesidad de simpatía y aptitud para brindarse a otros.
- d) **Iniciativa:** el gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
- e) **Humor:** encontrar lo cómico en la tragedia.
- f) **Creatividad:** la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden
- g) **La moralidad:** o sea la conciencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y la capacidad de comprometerse con valores.

Es claro que los esfuerzos que se encaminen a desarrollar las aptitudes personales para la promoción de la salud mental, deben considerar acciones encaminadas a generar procesos de resiliencia a edades más tempranas.

e. La reorientación de los servicios de salud

Esta última estrategia no debe ser exclusiva para los servicios de salud. La promoción de la salud mental, como se ha indicado ampliamente, compete a todos los sectores sociales y es una tarea intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria. Y lo que es común, es la necesidad de dar mayor valor a las intervenciones de promoción, por su posibilidad de incidir en los determinantes del proceso de salud- enfermedad.

Esto a su vez plantea la necesidad de nuevas formas de operar en la articulación de diferentes actores sociales que maximicen y potencialicen los recursos existentes. En ese sentido, la gestión en red ofrece una manera de pensar dicha articulación, como se abordará en el siguiente apartado.

5.

La gestión en red:

una forma de organización para la promoción de la salud mental

Como antes se indicara, las acciones que se desarrollen para la promoción de la salud mental, requieren la participación de diferentes actores sociales. La articulación de diferentes instancias que involucran lógicas distintas, implica un reto que en sí mismo requiere crear nuevas formas de interacción más saludables. Por eso, la propuesta de gestión en red, constituye una nueva forma de mirar y hacer el trabajo intersectorial e interinstitucional con la participación activa de la comunidad.

El PLANovi cuenta con redes locales interinstitucionales y comunitarias constituidas para la atención integral de la violencia intrafamiliar. Estas son creadas con el propósito de facilitar las coordinaciones entre sectores e institucionales, desde una base de organización comunitaria, y las mismas cuentan con espacios de encuentro a través de la Red Nacional de Redes Locales. A continuación se busca ofrecer un marco conceptual que permita fortalecer el trabajo de las redes desde esa nueva perspectiva⁴.

Existen diferentes formas de comprender el trabajo en redes. Tradicionalmente, la misma se ha interpretado como simple referencia y contrarreferencia entre instituciones. También se piensa en organigramas y flujogramas racionalmente pensados, o se reproducen formas concéntricas, como telarañas, donde todo conduce al centro y desde el centro se irradia hacia la periferia.

En estas formas tradicionales de operar, se busca la homogeneidad dentro del sistema y para lograrla y mantenerla, se recurre a la lógica de la unidad de mando, donde la autoridad es fundamental y la misma por lo general se organiza de manera piramidal, desde formas de organización jerárquica, en que la unidad de mando es el cemento de la organización. Se piensa con ello, que la autoridad es lo único que garantiza la cohesión en la organización.

Según señalan Sánchez y Camargo:

“Una red puede ser definida como un sistema abierto conformado por distintas organizaciones y/o comunidades (subsistemas) que intercambian dinámicamente información, bienes, servicios, productos y recursos para la ejecución de acciones coordinadas, y potencializadoras de las capacidades que cada una de ellas posee, para aumentar así las posibilidades de incidir sobre la realidad que quieren afectar”.
(OPS/FNUAP, 1997: 32)

Desde la lógica de redes, se trata de superar la racionalidad establecida en la modernidad, modelo que se encuentra actualmente en cuestionamiento, como claramente lo muestran las crisis de legitimidad del poder en el mundo, y el fortalecimiento de los movimientos sociales en la definición del curso del acontecer político social. Desde esta ruptura, se reconoce que la construcción de redes requiere del involucramiento no solo intelectual, sino también emocional. Aquí la psicología social ha aportado mucho en la comprensión de la capacidad movilizadora de los afectos en el desempeño de un grupo. Y lo que mayor valor cobra en esta definición es que la cohesión de los grupos se da por el sentimiento de

⁴ Basado en MacDonald, Jessica, 2002.

pertenencia. Es justamente esta cohesión a una forma organizativa la que facilita la legitimación de su hacer. La vivencia y sensación de pertenencia es lo que permite el funcionamiento de las redes.

Pero en ello, es esencial que los diferentes actores sociales, recuperen la visión de conjunto y sobre todo su autonomía y capacidad de comprometerse en la tarea conjunta. Pues es importante recalcar que las redes requieren de la autonomía de sus integrantes, de lo contrario, las personas no se pueden comprometer, como ya lo ha demostrado la burocracia. Lo que moviliza las redes es la sensación de que juntos podemos dar mejor respuesta a los problemas porque compartimos una misma visión. En el espacio vincular, en la interacción entre las personas, está ubicado el poder de la organización.

Desde esta perspectiva, no se busca la homogenización, como en las organizaciones tradicionales, sino que se parte de la articulación desde la heterogeneidad. Con ello se reconoce que los diferentes actores sociales operan con lógicas propias y una distribución desigual de recursos de poder e influencia, pero que todos tienen algún tipo de recurso de poder que puede aportar para el trabajo conjunto. Desde esta lógica, es posible establecer relaciones de complementariedad e interdependencia, que solo se logra ante la toma de conciencia de que la acción de cada uno influye las actividades del otro, potencializándolas u obstaculizándolas.

Sin embargo, no hay que caer en la ingenuidad de pensar el trabajo en redes como algo idílico, lejos de ser armoniosa, la dinámica de la interacción entre la diversidad, involucra tensiones, pugnas de poder, pero también negociación y alianzas. Como sistema imperfecto, la organización en red implica necesariamente adaptaciones y ajustes en las formas de accionar de los diferentes actores sociales, de lo contrario se permanecerá desarrollando las tradicionales acciones fragmentadas. Por ello, la gestión en red es un desafío e implica la construcción de una nueva cultura de relaciones e interacciones.

Hay que distinguir, que las redes en su propuesta funcional no responden a artefactos creados y diseñados desde el Estado, sino que tratan de copiar el funcionamiento cotidiano de la sociedad. Los nuevos desafíos señalan que las formas de organización informal de los grupos de pertenencia de las personas, sea familia, vecindario, grupo de amigos y otros, obtienen resultados más estables y duraderos que los intentos artificiales generados desde el Estado. Esto se ha comprobado especialmente en situaciones de emergencia y catástrofes naturales, donde la organización comunitaria surge en forma espontánea y las acciones solidarias se vuelven cotidianas y más ágiles que las respuestas institucionales. Por ello, el camino a seguir es reconocer las formas de operar de la sociedad que son más flexibles y adaptables a las situaciones

cambiantes y se sostienen con base en la pertenencia y cohesión social desde los escenarios naturales donde se gestan los procesos de salud y enfermedad.

Para este nuevo tipo de gestión, los vínculos son las unidades básicas de las redes. Por ello, más que diseñar sistemas abstractos, se trata de construir vínculos, que es la riqueza básica de las redes. Sabemos que es justamente el tejido social lo que se trata de reconstruir, sabiendo que con ello se construye capital social, que siempre conduce a mejores niveles de salud y desarrollo de una colectividad.

Las conexiones que se busca establecer en la gestión en red, son conexiones entre las personas, son conexiones personales. Como dice Rovere (1998), no se conectan computadoras entre si, sistemas de información entre si, son personas utilizando estos medios para la interacción. Desde este reconocimiento es posible pensar en el capital vincular como el mayor tesoro que la gestión en redes puede adquirir.

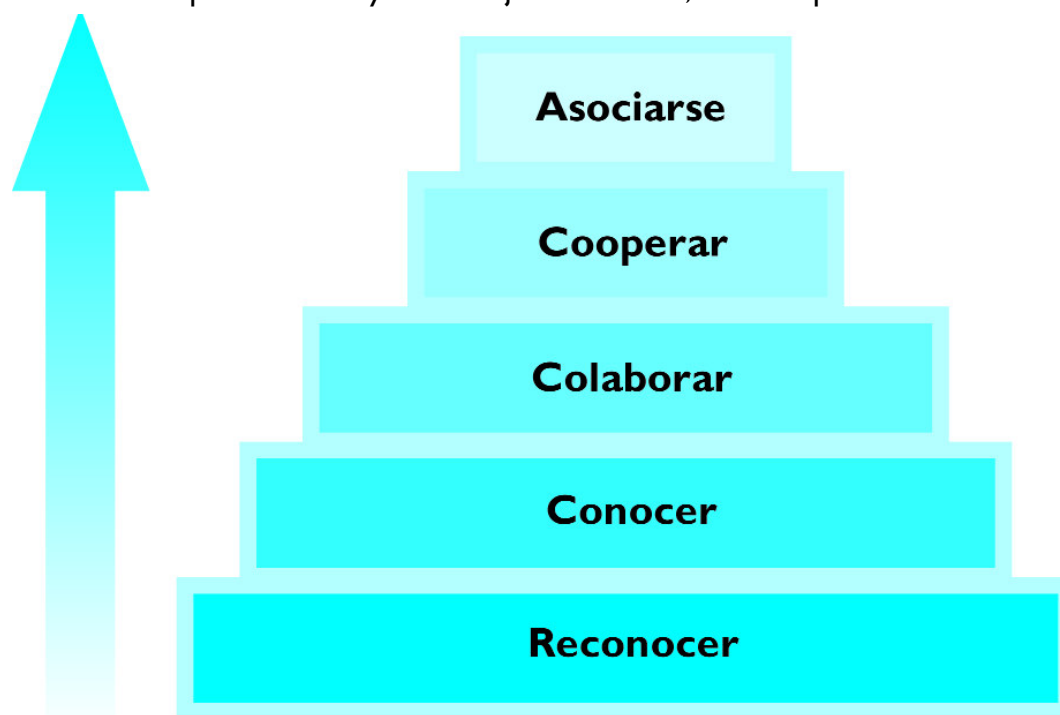
Desde la lógica de redes, se desechan las formas de interacción verticales para sustituirlas por relaciones horizontales. Todos los elementos, personas, instituciones, niveles, sectores, comunidades que entran en interacción, están en igualdad de condiciones. Con ello se sigue la lógica fluida de la sociedad, sobreimprimiendo las redes sobre la fragmentación de la sociedad, creando y restituyendo los lazos desde una lógica democrática donde la pertenencia es el valor que permite y cimienta la cohesión dentro de la red. Desde ahí se logran establecer vínculos solidarios, donde, todos se sienten conectados entre si. El trabajo en redes parte de la democratización del conocimiento y los diversos saberes, y el modelo organizacional que se aspira alcanzar es vincular y contractual.

En la organización de las redes, en lugar de estructuras concéntricas, se forman articulaciones multicéntricas. Las redes no tienen una propulsión desde un lugar específico, tienen diferentes lugares de articulación o nodos (múltiples nodos), en los cuales hay nodos de mayor densidad. Con ello se reconoce que existen múltiples nodos o lugares de articulación, lo que permite dar respuestas flexibles a las necesidades diversas de las personas. A su vez, establece nuevas formas de vincularse en el adentro, no solo en el afuera. La idea es que a partir de que la gente entra en la red, entra a vínculos solidarios y que nada que ocurra en algún lugar, le es indiferente o desconocido a otro lugar.

Por último, hay que señalar que la gestión en red no es algo que se puede establecer por decreto u orden superior; requiere todo un proceso en el cual los múltiples actores vayan interactuando y profundizando sus vínculos. Eso requiere de voluntad y capacidad de ir construyendo valores en común.

Niveles en la construcción de redes

Rovere (1998) distingue cinco niveles por los que atraviesa la construcción de redes, los cuales revelan el grado de profundidad y consolidación que presenta una red. Estos niveles se estructuran en forma progresiva y cada uno de ellos es la base del siguiente nivel. Para ilustrar esta progresión, Rovere propone un esquema de escalones superpuestos que se construyen de abajo hacia arriba, como se presenta a continuación:



Cada uno de estos niveles funciona como base indispensable para apoyar al siguiente. Primero se debe dar un reconocimiento de que los otros existen, y que tienen derecho a existir como diferentes. Una vez reconocido que los otros existen, se puede acceder a un segundo nivel, en el cual se busca conocer quiénes son los otros, y desde el interés por conocer, saber que hacen y como lo hacen. Desde este conocimiento de los otros, es posible empezar a colaborar, es decir laborar paralelamente. En este nivel es importante que la colaboración sea voluntaria, y con ello se empiezan a construir espacios de ayuda y gestos de buena voluntad. Apenas entonces se empiezan a construir la base de los vínculos entre las personas. En un cuarto nivel ya se logra avanzar hacia el trabajo conjunto, a operar conjuntamente; se logra reconocer un problema común y organizarse en torno a este en una forma más sistemática y estable de trabajo conjunto. El último nivel involucra la formalización de contratos o acuerdos que involucran el compartir recursos para desarrollar acciones comunes. Si no se logra consolidar uno de los niveles, el siguiente difícilmente puede emerger, ya que no contará con el cimiento necesario para que se de.

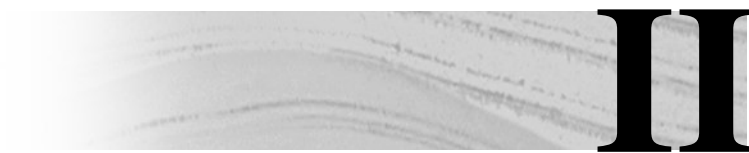
En el siguiente cuadro, Rovere explicita la organización ascendente de estos niveles, las acciones propias de cada uno y sus respectivos valores:

Niveles en la construcción de redes, las acciones y valores respectivos		
Nivel	Acciones	Valor
5. Asociarse	Compartir objetivos y proyectos	Confianza
4. Cooperar	Compartir actividades y/o recursos	Solidaridad
3. Colaborar	Prestar ayuda esporádica	Reciprocidad
2. Conocer	Conocimiento de lo que el otro es o hace	Interés
1. Reconocer	Destinadas a reconocer que el otro existe	Aceptación

Tomado de Rovere, Mario. 1998, pág. 37.

Con esta propuesta de Rovere, es posible pensar en procesos de construcción de la gestión en red, sabiendo de antemano, que el mismo requiere dedicación y claridad para enfrentar las dificultades que se presenten en el camino de la constitución del trabajo en red. Esto significa trabajar en la consolidación de cada uno de los niveles, paso a paso.

Con esta propuesta de gestión en red, nos parece que se logra cierta coherencia entre la nueva forma de mirar la salud mental y la forma de organizarse en torno al abordaje de la misma. Desde una propuesta más horizontal y democrática en la forma de operar, también se construye salud mental con las personas que se ocupan de la atención a la violencia intrafamiliar. Y es justamente este el tema que deseamos abordar a continuación: la salud mental de las personas que en sus tareas cotidianas, están en contacto directo con situaciones de violencia intrafamiliar



La Salud Mental comienza en casa

*Propuesta de Modelo de Auto Cuidado
para el personal de salud que atiende
situaciones de violencia intrafamiliar*

Para los responsables de impulsar políticas y programas encaminados a la atención integral de la violencia intra familiar, la salud de las personas que asume con valentía y solidaridad el enfrentar este tipo de situaciones lesivas a los derechos humanos, es una preocupación continua que muchas veces no ha sido priorizada.

Sin embargo, la realidad demuestra cada día, que la atención a personas afectadas por la violencia intra familiar, es una tarea ardua que exige estar en contacto constante con sufrimiento, sensaciones de impotencia y riesgo de muerte. Esto implica un gran impacto emocional y físico para las personas involucradas. Diversos autores señalan cómo la exposición a tareas de este tipo, producen desgaste emocional y físico que más tarde pueden traducirse en consecuencias graves para la salud tanto mental como física de las personas (OPS/OMS, 2000).

Por ello, el no prestarle atención a lo anterior, implica riesgos a diferentes niveles. En lo personal, los prestadores de servicios expuestos a este tipo de estrés, reportan problemas de salud como cansancio, cefaleas repetidas, problemas de concentración, contracturas musculares, sensaciones de inseguridad, apatía y estados depresivos que les coloca en situación de gran vulnerabilidad frente a accidentes y enfermedades que pueden llegar a procesos crónicos. A su vez reportan problemas en el ámbito de sus relaciones familiares. Esto último vinculado con la exposición a situaciones que les produce una especial sensibilización e irritabilidad que, en ausencia de espacios para su elaboración, se descargan en las relaciones más cercanas. (CCSS, 2001).

A su vez, a nivel laboral, el estrés producido por este tipo de servicio, puede afectar el desempeño del personal de diferentes maneras, que van desde conflictos interpersonales al interior del equipo de trabajo y fuera del mismo, hasta la disminución del compromiso frente a la tarea y la continuidad de la misma. Así se ve afectada la capacidad para mantener relaciones profesionales y personales satisfactorias y funcionales. Muchas veces estas situaciones termina traduciéndose en procesos de incapacitaciones continuas y ausentismos laborales que no pueden ser indiferentes a las instituciones.

Todo ello afecta la calidad de la atención ofrecida. Pues si el personal de salud se siente extenuado con la tarea, se vuelve incapaz de brindar servicios efectivos, ya que no logra contar con la disponibilidad de todas sus capacidades para tomar decisiones adecuadas en el trabajo.

Es así como en la práctica, se ha podido observar como personas muy motivadas y comprometidas inicialmente con la atención a la violencia intra familiar, terminan agotadas, sin deseos de continuar su trabajo y empiezan a presentar sintomatología diversa tanto física como psicológica. Así se han perdido mucha gente valiosa de los servicios de salud, que nunca encontraron el espacio para detenerse, reflexionar y poder encontrar salida a esa situación.

Por lo anterior, el auto cuidado del personal de salud es una necesidad básica que ha sido contemplada como una de las actividades esenciales dentro de las Normas de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intra familiar que rigen los servicios de salud (MS-CCSS, 2000). Dicha actividad requiere una propuesta clara y operativa para su implementación en los niveles locales.

A continuación se presenta una propuesta de Modelo de Auto Cuidado dirigido al personal que atiende personas afectadas por la violencia intra familiar en los servicios de salud. Con éste, se pretende avanzar hacia la definición de componentes del Modelo, criterios conceptuales, éticos y metodológicos que lo deben guiar, al igual que se presenta una propuesta operativa y funcional que permita su instauración en forma permanente y adaptada a la realidad de los servicios de salud.

1.

Los efectos del estrés prolongado en las personas

Como ya se señalaba anteriormente, el contacto con personas afectadas por la violencia intra familiar, desde un rol de apoyo y acompañamiento, somete a las personas involucradas, a diversos grados de tensión y sufrimiento que tienen un gran impacto emocional y físico.

Según algunos autores, dentro de los efectos producidos por la exposición prolongada a una tarea que implique un gran estrés, destaca como el estado más extrema, el síndrome del “burnout”, que en español se traduciría como “quemado”. Este síndrome es el resultado de un proceso gradual de acumulación de estrés que en su fase terminal se manifiesta como:

“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 suficiente para nosotras(os) mismas(os). Es una respuesta crónica a la tensión emocional constante y no reacción a una crisis ocasional.” (Claramunt, 1999)

Se puede decir que este estado no es un síntoma más de estrés laboral, sino el final del estrés laboral inmanejable, que se traduce en un desgaste tanto emocional como físico. También se utiliza el nombre de estado de extenuación emocional (EEE) para describir esta situación límite que tiene a su vez repercusiones físicas importantes.

Este estado se expresa a través de los siguientes signos y síntomas:

Tipo	Manifestaciones del estrés
Físico	Fatiga, cefalea, tensión muscular, náuseas, dolores de pecho, dolores de espalda, taquicardia, resfriados frecuentes, temblores, gastritis y úlceras.
Mental	Dificultades para concentrarse, confusión, olvido, pérdida del sentido de humor, cinismo, trastornos de sueño (pesadillas e insomnio), dificultades para tomar decisiones.
Emocional	Ansiedad, tristeza, aislamiento, depresión, enojo, frustración, miedo, inseguridad, preocupación, irritabilidad, negativismo, pérdida del disfrute.
Conductual	Incremento en el uso de drogas/alcohol/cigarrillos, trastornos sexuales, trastornos alimenticios, bruxismo, llanto, gritos, tirar cosas, violencia.

*Fuentes: MSPAS, 1999; Wilson, 1997
(citado por Claramunt, 1999); Reinhold, 1997; Thurman, 1997.*

El estado de extenuación emocional presenta las siguientes condiciones psicológicas debilitantes:

- Vaciamiento de las reservas de energía
- Disminución en la resistencia frente a enfermedades
- Aumento de insatisfacción y pesimismo
- Aumento del ausentismo e ineficiencia laboral

Según Miller y Smith (APA, 1997), el síndrome del “Burnout” atraviesa las siguientes etapas:

1. **Luna de Miel:** Se piensa que el trabajo es maravilloso, hay una energía ilimitada y entusiasmo, todo parece posible.
2. **El despertar:** Se empieza a comprender que las expectativas iniciales son irreales. El trabajo no está saliendo como se esperó. En la medida en que la desilusión crece, la persona siente confusión. Algo está mal, pero no logra identificar que es. Es típico que se intente trabajar más para lograr los sueños, sin embargo, trabajar más no cambia las cosas y la persona empieza a sentirse más cansada, aburrida, frustrada. Se empieza a cuestionar su competencia y habilidad, empieza a perder confianza en si misma.
3. **“Brownout”:** El entusiasmo y energía inicial es sustituida por fatiga crónica e irritación. Hay cambio en los patrones de comida y dormida. Aparecen comportamientos escapistas: sexo, tomar, drogas, fiestas, ir de compras compulsivamente. Se torna indeciso, decae la productividad, se deteriora el trabajo. Aumenta la frustración y la irritabilidad, la responsabilidad ante las dificultades se lanzan a otros. Se torna cínico, desapegado y abiertamente crítico de la organización, los superiores y los compañeros de trabajo. Aparece la depresión, ansiedad y problemas físicos. Las drogas y el alcohol son frecuentemente un problema.
4. **Burnout a escala completa:** La sensación de desesperación aparece. Puede tomar algunos meses, pero en la mayoría de los casos toma tres o cuatro años. Se experimenta una sensación abrumadora de fracaso y una pérdida devastadora de autoestima y confianza en si misma. Se deprime y aparecen sentimientos de soledad y vacío. Aparece pesimismo frente al futuro. Se habla de dejarlo todo e irse. Se siente exhausta física y mentalmente, incluso se pueden dar crisis en estos dos ámbitos, como intentos de suicidio y ataques cardíacos.

Diversos autores han logrado identificar patrones que ponen en mayor riesgo de padecer este estado de extenuación emocional, los cuales están determinados por las características personales, el lugar de trabajo y el tipo de trabajo que se realiza.

Según señala Miller y Smith (APA, 1997), entre las ocupaciones que se tornan estresantes, están aquellos trabajos en los que se debe responder a las demandas de otros y se tiene poco control sobre las situaciones que se han de atender. Son el caso de ocupaciones con mucha responsabilidad

pero con poca autoridad. También se identifican las ocupaciones en las cuales se da un exceso de trabajo y poco reconocimiento por el mismo.

Los expertos indican que algo que vulnerabiliza a las personas en su tareas laborales son las expectativas que se tienen sobre el trabajo. Se considera que el síndrome de “burnout” expresa una sobre exigencia personal en la cual, el trabajo es ubicado en el centro de la vida y además se parte de expectativas poco realistas o búsqueda de metas ilusorias o imposibles. Desde la óptica de los investigadores, lo que resulta problemático son las aspiraciones que no son realistas, pues llevan a la frustración y al fracaso.

Sin embargo, existen otros factores como la organización del trabajo y sus exigencias, el tipo de presión a que se somete a las personas que trabajan, problemas familiares o crisis provocadas por un entorno adverso. Todos estos factores contribuyen a que la persona llegue a un estado de extenuación emocional.

2.

La particularidad del trabajo con violencia intra familiar

Los planteamientos anteriores son aplicables a las personas que atienden situaciones de violencia intra familiar, sin embargo hay aspectos específicos de este tipo de atención que deben ser revisados. Podemos decir que la violencia intra familiar se expresa por lo general de formas “difícil de asimilar” emocionalmente, pues este trabajo involucra las siguientes situaciones para quienes atiende:

- Implica escuchar descripciones gráficas de violencia y victimización que dejan imágenes internas de gran impacto.
- Coloca a la persona que atiende, en el lugar de testigo de un trauma sin poder detenerlo.
- Expone a la expectativa constante de una tragedia y traumatizaciones.
- La confidencialidad necesaria en la atención implica aislamiento.
- Los sentimientos que evocan las historias de violencia intra familiar a quien los escucha es de desagrado, enojo, tristeza, frustración y sensaciones de impotencia que por lo general no encuentran el espacio para su expresión y elaboración.
- Se acumulan historias de violencia hasta que se convierten en una condición crónica
- Remueve las propias experiencias dolorosas quizás aun no resueltas.

Por estas características, además de hablar del síndrome del “burnout” o el estado de extenuación emocional, en el caso de la atención a situaciones de violencia intra familiar, se debe hablar de un proceso de traumatismo secundario o traumatismo vicario en las personas que dan la atención. Tal como lo definen los autores, éste consiste en:

“... la presentación de síntomas relacionados con estrés post-traumático en quienes apoyan a personas afectadas por una experiencia traumática, como la violencia intra familiar. Se desarrolla como resultado de la exposición, breve o prolongada, a los traumas de la otra persona, combinada con la empatía que la/el trabajador/a siente hacia esta persona y con sus propias experiencias dolorosas aun no integradas en su vida”. (MSPAS, 1999, pág 2)

Según Leonor Walker (citada por Claramunt, 1999) son señales de traumatización vicaria en el trabajo con mujeres maltratadas los siguientes signos:

- Sentimientos de angustia hacia la cliente porque ella no ha tomado las mejores decisiones
- Impaciencia cuando ella cuenta su propia historia
- Sobre preocupación por su seguridad
- Más empatía e identificación con el agresor
- Sentimientos de tristeza por sentir que no se es un(a) buen(a) terapeuta
- Disociación cuando se escucha a la persona afectada
- Persuadirla de que lo que piensa es mejor para ella
- No querer ir al trabajo

Una atención de calidad requiere del acercamiento empático a las personas, de la capacidad de escucha y apertura. Esto expone a las personas que atienden a recibir y acoger una persona sufriende que muchas veces deposita sus esperanzas de salida y la solución de sus problemas en dichas personas.

Esta expectativa en mucho rebasa las posibilidades reales del personal de salud, lo que puede generar una sensación de decepción de minusvalía, y de ahí la importancia de ubicar los verdaderos potencialidades de las personas que apoyan.

3.

El Auto Cuidado como una alternativa saludable en los servicios de salud

Romper con el síndrome del “burnout”, el estado de extenuación emocional y enfrentar el traumatismo vicario, es posible. Y como el ave fénix, que surge de las cenizas, es necesario recuperar a las personas que han atravesado esta situación y prevenir que otras personas caigan en ello. De esto depende el buen desarrollo de los programas de atención a la violencia intrafamiliar al interior de los servicios de salud y muy probablemente fuera de ellos, extendiéndose al trabajo interinstitucional e intersectorial que se realiza.

a. Premisas para el auto cuidado en los servicios de salud

Para proponer una respuesta institucional, partimos de las siguientes premisas:

- El recurso humano es el recurso más valioso de la institución y por ello se debe garantizar su bienestar.
- El personal de salud requiere contar con condiciones favorables en su trabajo para su salud física y mental.
- Es una obligación institucional hacerse responsable por el desgaste emocional que involucre las tareas asignadas a sus funcionarios, por lo que asume esta responsabilidad promoviendo acciones que favorezcan la salud mental del personal.
- Los servicios de salud pueden proporcionar espacios de apoyo que busquen el fortalecimiento del personal como personas y como profesionales y técnicos para garantizar una atención de calidad.

Desde estas premisas es posible pensar la propuesta de un Modelo de Auto Cuidado dirigido al personal de salud que atiende personas afectadas por la violencia intra familiar. Para ello se requiere plantear intervenciones a diferentes niveles. Pero antes de ello, partamos de la definición de lo que entenderemos por auto cuidado.

b. Definición de Auto Cuidado y Objetivo del Modelo

El auto cuidado se comprende de la siguiente manera:

El auto cuidado es una estrategia dirigida a prevenir y combatir los efectos adversos a la salud integral de las y los trabajadores en salud producidos por la tarea de dar atención a personas afectadas por la violencia intra familiar.

Esta estrategia no solo debe referirse a una atención en el ámbito personal, pues como se ha indicado anteriormente, son múltiples los factores y niveles que inciden en la sobre exigencia del personal que termina en desgaste. Esos factores y niveles se refieren desde los patrones de socialización, lo que apela a la sociedad en su conjunto, pasando por la organización institucional y administrativa que enmarca la atención, hasta llegar al desempeño particular de los grupos de trabajo y a las características individuales de las personas involucrados en la atención. En todos estos niveles se deben dar transformaciones que garanticen la salud de las personas que ofrecen los servicios de atención a la violencia intra familiar.

Si bien esta propuesta no pretende ser tan ambiciosa de definir lineamientos en el ámbito social, si busca ubicarse en el contexto institucional estableciendo aquellos elementos que a corto y mediano plazo son transformables y que incidirán positivamente en la salud del personal institucional como en su buen desempeño en la atención.

El objetivo que debe guiar un Modelo de Autocuidado institucional, pensamos es el siguiente:

Ofrecer espacios de fortalecimiento grupal y personal a los equipos interdisciplinarios encargado de la atención directa a personas afectadas por violencia intra familiar en los servicios de salud, que faciliten el bienestar físico y emocional de sus integrantes al igual que el buen desempeño profesional.

Para lograr este objetivo, el Modelo de Auto Cuidado debe ofrecer al personal de salud los dispositivos necesarios que permitan romper la acumulación de estrés que conduce al estado de extenuación emocional. Y debe guiarse por principios éticos que favorezcan el bienestar del personal de salud y la atención de calidad a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar. A continuación se indican los valores básicos que guían este Modelo.

c. Principios éticos que deben guiar el Modelo de Auto Cuidado

Los principios éticos que guían este Modelo, intentan ser coherentes con los principios que rigen la atención integral a la violencia intra familiar y con las premisas antes señaladas.

1. Toda persona que trabaja en la atención de personas afectadas por la violencia intra familiar, tiene derecho a preservar su integridad y a defender su salud mental y física.
2. Toda persona que trabaja en la atención de personas afectadas por la violencia intra familiar tiene derecho a condiciones laborales que favorezcan su calidad de vida.
3. Toda persona que trabaja en la atención de personas afectadas por la violencia intra familiar tiene una responsabilidad que exige conocimientos, actitudes y capacidades para dar una atención de calidad. Esto implica contar con apoyo institucional para el buen desempeño de la tarea.
4. Toda persona comprometida en la atención de personas afectadas por la violencia intra familiar está expuesta a estados de extenuación emocional, por lo que tiene el derecho de contar con espacios de retroalimentación y contención individual y grupal confidenciales, confiables y solidarios.
5. El bienestar de las personas que atienden personas afectadas por la violencia intra familiar debe estar por encima de las disposiciones administrativas o institucionales que contravengan dicho bienestar.

d. Factores protectores

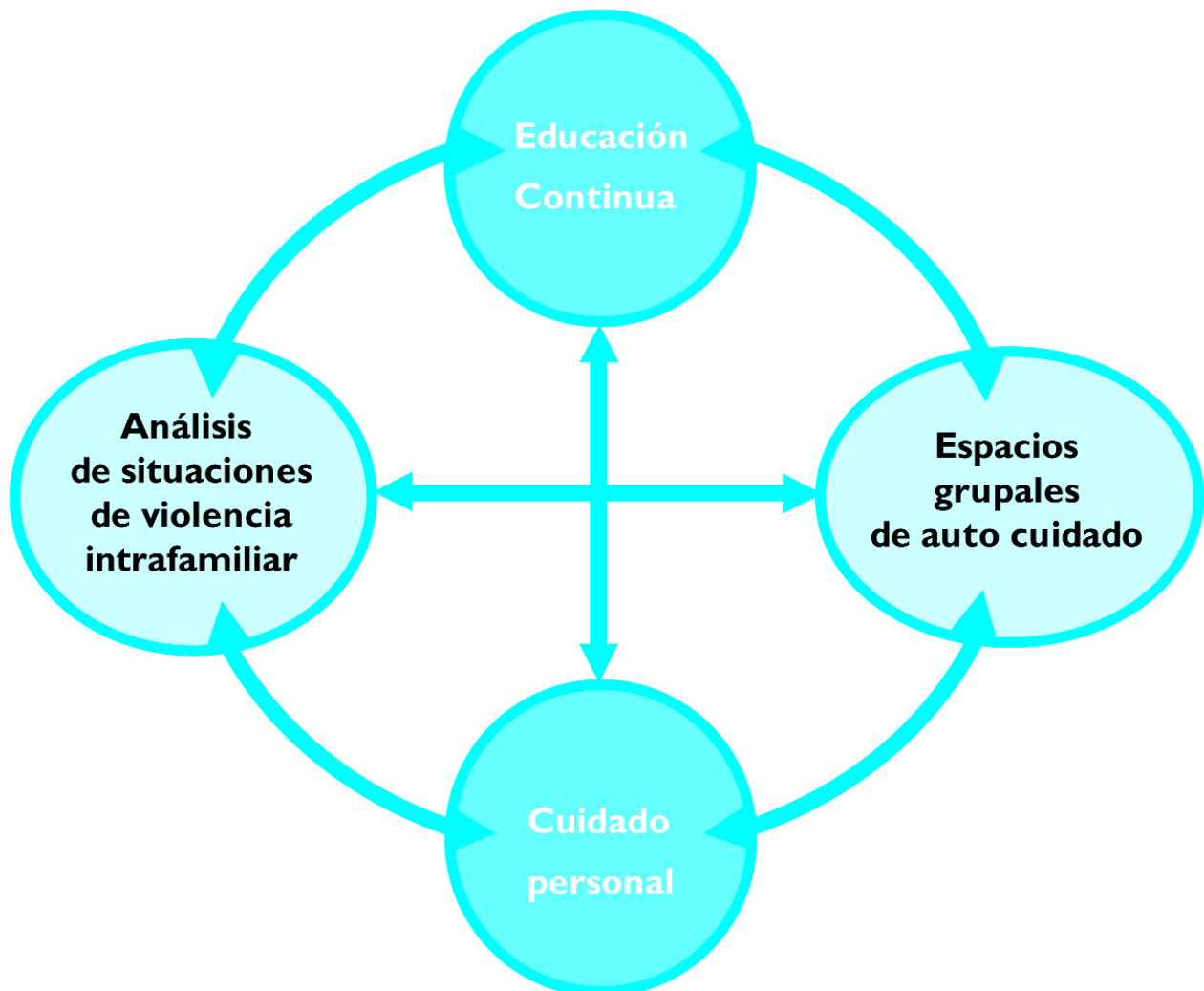
Las principales situaciones que se deben prevenir desde un Modelo de Auto Cuidado, son las que llevan al aislamiento, la sobre carga, la frustración, la impotencia, la represión de sentimientos como el enojo, la tristeza, la decepción y la confusión. Es por ese que se deben desarrollar factores de protección entre los cuales se deben contemplarse los siguientes:

- La consolidación y el fortalecimiento de los equipos de trabajo
- La formación profesional adecuada para el abordaje de situaciones de violencia intra familiar.
- La revisión y elaboración de aquellos elementos de la historia personal que pueden afectar el trabajo profesional.
- El acompañamiento y seguimiento externo de los equipos interdisciplinarios en forma periódica

- La construcción, fortalecimiento y mantenimiento de las redes de apoyo social y profesional
- La transformación de procesos de trabajo que faciliten el autocuidado, como es la rotación de personal, o el cambio de tarea antes del desgaste.
- La definición clara de la tarea y de los resultados esperables en el desempeño que sean acordes con las posibilidades reales y que involucren mecanismos de reconocimiento y valoración de la misma.

e. Componentes del Modelo de Auto Cuidado

Los factores protectores antes señalados se deben concretar en cuatro dispositivos o componentes básicos que integran y articulan el Modelo. Ellos son:



Estos cuatro componentes en interacción y complementariedad, permitirán ofrecer al personal de salud una estructura firme de apoyo. De manera tal que la tarea de la atención de situaciones de violencia intrafamiliar, con todo lo que ella implica, no recaiga exclusivamente en las espaldas de las personas en forma individual, sino en el grupo y en la institución, que en forma clara se comprometen con el acompañamiento y el fortalecimiento de las personas encargadas de la atención.

Ahora veamos con mayor detenimiento cada uno de los componentes:

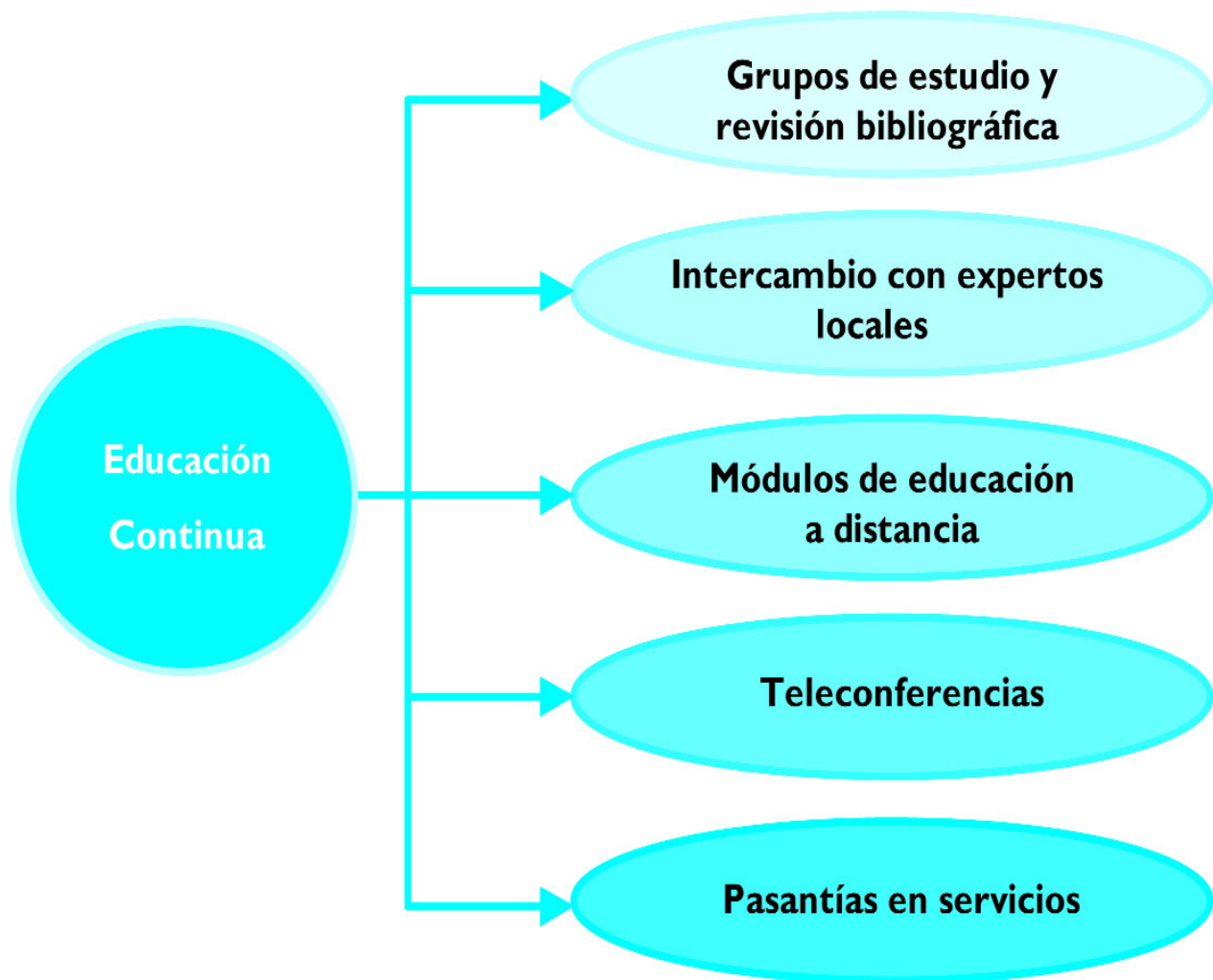
A través de la **Educación Continua** se buscará garantizar que el personal de salud cuente con las herramientas conceptuales y metodológicas necesarias para dar una respuesta adecuada y satisfactoria a lo que demanda la atención de situaciones de violencia intrafamiliar en cada realidad local, disminuyendo así la sensación de inseguridad e incompetencia.

Es necesario que los equipos interdisciplinarios se estén actualizando con regularidad y que desde las inquietudes que surgen en la tarea diaria, se definan necesidades de aprendizaje que lleven a establecer espacios de discusión grupal y actividades de intercambio con expertos.

Si bien cada nivel local puede plantear su propio plan educativo anual y sus actividades específicas, es importante que desde el nivel central y regional de las instituciones de salud, se recojan las necesidades de capacitación de los niveles locales y organicen junto con ellos las actividades de formación y actualización profesional y técnica. Existen varias modalidades educativas que se pueden desarrollar, y será una responsabilidad compartida y concertada en espacios de reunión regionales y nacionales.

Es importante comprender que este componente permite fortalecer y consolidar las redes de servicios. Ya que la experticia desarrollada en los diferentes niveles de atención debe ser aprovechada en la organización de actividades educativas. Así las necesidades particulares de aprendizaje expresadas por cada nivel local, podrán encontrar respuesta en las ofertas específicas de actividades educativas que organice otras unidades de salud.

Se proponen las siguientes modalidades educativas que permitan desarrollar este componente. Algunas de ellas se pueden desarrollar a nivel local, otras responden más a una estrategia regional o nacional.



Esta propuesta solo intenta articular esfuerzos que ya se han dado en el pasado con cierto éxito pero en forma fragmentada y aislada. El Modelo pretende sistematizar estos esfuerzos y darles coherencia y conducción.

Con el componente de **Análisis de Situaciones de Violencia Intra Familiar**, se piensa en una forma de supervisión de la tarea que busque romper con el aislamiento de las personas que dan la atención, fortaleciendo el trabajo de análisis en equipo interdisciplinario de situaciones difíciles que constituyen una fuente de preocupación para las personas que atienden. Este espacio le brindará a estas personas una retroalimentación que les fortalezca a nivel individual y profesionalmente.

A su vez, en este componente también se busca fortalecer el trabajo con la red de servicios de salud, pues para los equipos interdisciplinarios es importante contar con apoyo externo. Si es el caso de un equipo interdisciplinario de un área de salud, poder contar con el apoyo de los equipos de Clínicas Mayores u Hospitales que hayan desarrollado mayor experiencia en la atención de situaciones de violencia intra familiar. Esto permite afirmar la idea de grupo de referencia y apoyo mutuo en la tarea.

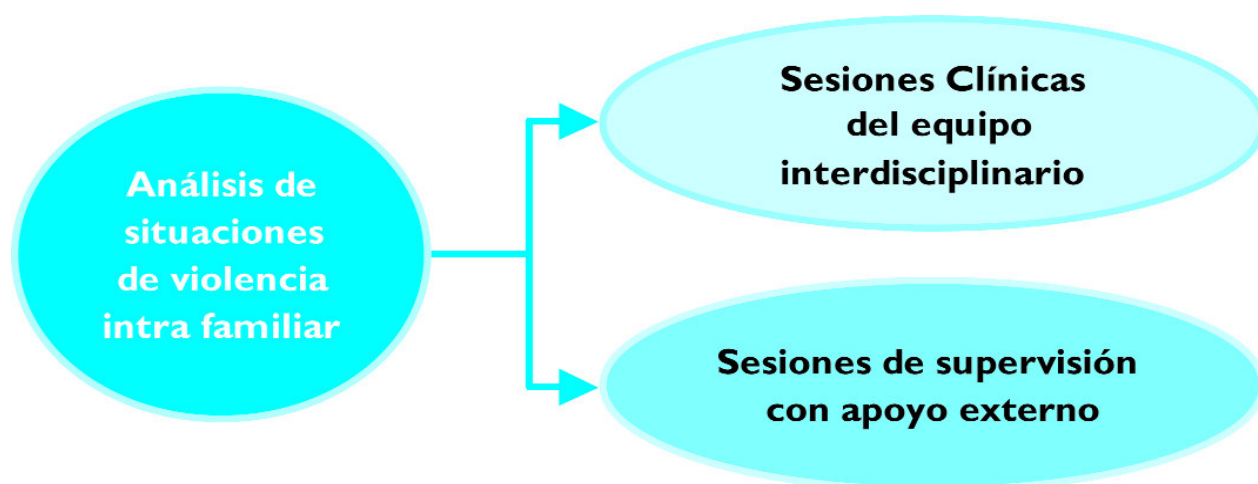
La periodicidad con que se realice estos espacios de análisis dependerá de la disponibilidad de cada unidad de salud. Sin embargo se recomienda que las sesiones clínicas del equipo interdisciplinario sean programadas por lo menos una vez al mes, y las sesiones de supervisión con los equipos interdisciplinarios de otras unidades de salud, se den por lo menos dos veces al año. Estas también deberán ser programadas anualmente y se pueden reunir varios equipos interdisciplinarios ya sea por regiones o por áreas de atracción hospitalarias. Esto permitirá el intercambio de experiencias y el fortalecimiento de la red.

No hay que olvidar que en este componente es fundamental el respeto a la confidencialidad y la seguridad de las personas afectadas por la violencia intra familiar. Por eso, los equipos deben garantizar que en el análisis de las situaciones, no se exponga a las personas a mayor riesgo ni se viole su integridad, resguardando la identidad de las personas durante el análisis.

El otro componente de los **Espacio grupales de autocuidado**, está dirigido específicamente a fortalecer los equipos interdisciplinarios como tales, colocando en el centro a las personas que lo integran. Si los dos componentes anteriores se dirigen propiamente al mejoramiento del desempeño en la atención de personas afectadas por la violencia intra familiar, este componente se dirige a las personas mismas que atienden.

Se ha señalado permanentemente que la atención a la violencia intra familiar no es algo que resulte disociable de la vida misma de las personas que atienden esta problemática. El problema de la violencia y el uso del poder nos toca y atraviesa a todas las personas, por ello un trabajo comprometido con la tarea de transformar las relaciones de poder, requiere de una reflexión permanente de nuestros valores, creencias, actitudes y prácticas.

A su vez, las relaciones interpersonales que se dan entre el equipo interdisciplinario es un aspecto importante de análisis y reflexión que ayuda al auto cuidado tanto individual como grupal. Así se intenta prevenir



la reproducción de relaciones de violencia al interior del equipo, la cual con frecuencia se dan en equipos que no reflexionan la tarea y su impacto en los integrantes del equipo.

Este componente es central en el auto cuidado del personal de salud. Pues es en un espacio más íntimo y seguro, donde se puede generar un proceso de reflexión sobre aquellas actitudes personales y grupales que ponen en mayor riesgo a las personas de sufrir un estado de extenuación emocional. En este espacio se pretende trabajar las expectativas individuales y grupales frente a la tarea, la expresión de sentimientos que evoca dicha tarea y los mecanismos de defensa que se utilizan para protegerse de las experiencias traumáticas que tienen que escuchar y ser testigo.

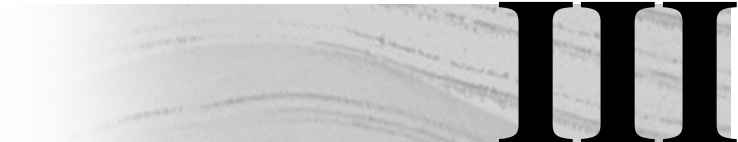
Es así como el personal de salud, al igual que las personas afectadas por la violencia intra familiar, podrán contar a su vez con un grupo de apoyo y de crecimiento personal. A través de este componente se busca humanizar la atención, pues se apuesta a que es imposible pedir que se escuche y se desarrolle la empatía hacia las personas afectadas por violencia intra familiar si la persona que atiende no se siente escuchada ni tratada como una persona también.

En el próximo apartado se desarrollará mas detalladamente la propuesta metodologica que oriente estos espacios grupales de auto cuidado.

Por último, el componente de **Cuidado Personal** no debe excluirse, aunque las instituciones de salud no tengan una ingerencia directa en este ámbito más de carácter privado, pues es un componente esencial del auto cuidado del personal de salud. Muchos autores indican en este aspecto, que el estilo de vida de las personas que tienen una tarea de gran estrés, favorece o afecta la salud integral. En este componente se incluyen recomendaciones en torno a actividades físicas, alimentación balanceada, descanso y actividad social. Las redes sociales son un factor protector que debe cultivarse y mantenerse como un soporte esencial en la vida de las personas.

A su vez, se debe contemplar la necesidad de psicoterapia individual para aquellas personas que requieren elaborar experiencias dolorosas que son detonadas por la misma tarea, removiendo la historia personal. Esto implica el re-trabajar la historia personal. También se deben establecer límites claros entre la vida profesional y la vida personal.

Estos cuatro componentes son complementarios entre si pero abordables en forma independiente. A su vez, estos cuatro componentes deben acompañarse con transformaciones de tipo administrativo que garanticen el bienestar del personal, como es el proveer adecuadas condiciones laborales, rotaciones de personal cuando aparezcan signos de agotamiento, asegurar la existencia de espacios y momentos de auto cuidado formalizados institucionalmente y otras medidas detectadas por los mismos equipos interdisciplinarios.



III

Construyendo espacios grupales de auto cuidado

Propuesta metodológica

1.

¿Qué son los espacios grupales de auto cuidado?

Son dispositivos de trabajo grupal organizados en los servicios de salud, los cuales son conformados por funcionarias(os) encargadas(os) de la atención directa a situaciones de violencia intra familiar, y son facilitados por personas con capacitación previa para ello. Estos espacio grupales de auto cuidado, están dirigidos específicamente a fortalecer los equipos interdisciplinarios como tales, colocando en el centro a las personas que los conforman.

Antes de avanzar en la descripción de estos espacios grupales, surge una pregunta esencial de responder: ¿por qué se apuesta a dispositivos grupales? La respuesta es simple, los grupos por si mismos son los lugares naturales donde crecen y se desarrollan las personas. Por ello tienen una gran influencia en las personas facilitando u obstaculizando el crecimiento de las mismas. Es este potencial que tienen los grupos como lugar de crecimiento y contención, lo que intenta aprovechar los espacios grupales de auto cuidado.

Los espacios grupales de auto cuidado permiten:

- *Romper con el aislamiento*
- *Intercambiar experiencias*
- *Validar los sentimientos*
- *Fortalecer las personas*
- *Establecer lazos solidarios dentro de los servicios de salud.*

Es en un espacio más íntimo y seguro, donde se puede generar procesos de reflexión sobre aquellas actitudes personales y grupales que ponen en mayor riesgo a las personas de sufrir un estado de extenuación emocional. En este espacio se pretende trabajar las expectativas individuales y grupales frente a la tarea, la expresión de sentimientos que evoca dicha tarea y los mecanismos de defensa que se utilizan para protegerse de las experiencias traumáticas que tienen que escuchar y ser testigo.

Es así como estos espacios grupales buscan generar la revisión de diferentes aspectos involucrados en las funciones que realiza el personal de salud con las personas afectadas por la violencia intra familiar.

Los espacios grupales promueven:

- *Revisión del impacto de la tarea en la vida personal, familiar y laboral*
- *Revisión de valores, creencias, actitudes y prácticas en torno al poder*
- *Revisión de las relaciones interpersonales que se dan al interior de los equipos de trabajo*
- *Revisión del ajuste a la tarea con sus exigencias y limitaciones*

A través del trabajo grupal, se busca romper con el aislamiento en que labora el personal de salud e instaurar espacios propicios para el fortalecimiento de las personas y sus equipos. Se parte de la idea, basada en los conocimientos existentes, de que los espacios grupales son instancias idóneas para generar el intercambio de experiencias que permitan validar las percepciones que cada cual tiene en torno a la tarea desempeñada.

Para lograr el:

- *Fortalecimiento personal a través de la expresión de sentimientos, toma de conciencia sobre ellos y búsqueda de estrategias para canalizarlos saludablemente*
- *Reconocer potencialidades personales y grupales para establecer alianzas al interior de los servicios de salud*
- *Formar grupos de referencia y contención propios de los servicios de salud*

Al mismo tiempo, facilita a sus participantes el encontrar un lugar donde expresar lo que hasta el momento ha tenido que ser silenciado y reprimido, y al romper con el silencio, encontrar lazos solidarios para enfrentar con mayor fortaleza las dificultades. Es así como el grupo

cumple la función de espejo para cada participante, permitiéndole mirarse, reconocer sus sensaciones, sentimientos y pensamientos, para redescubrir sus potencialidades.

Entre las experiencias comunes que se pueden compartir en los espacios grupales, están las sensaciones de sobre carga de trabajo, y a través del intercambio con otras personas, encontrar cuales han sido las estrategias más exitosas para superar el agotamiento y romper con los patrones que conducen hacia la extenuación emocional.

A su vez, la riqueza de los espacios grupales, reside en la posibilidad de legitimar el aprendizaje acumulado con los años de trabajo. A través de las experiencias de apoyo grupal, se logra superar las vivencias solitarias que muchas veces conducen a sensaciones de incapacidad para enfrentar la tarea o sensaciones de incompetencia, lo cual debilita la confianza en si mismas e invalida a las personas en su desempeño laboral. En la medida en que el grupo opera como espejo, también permite a las personas tener expectativas más realista y encontrar límites más saludables para el desarrollo de la tarea. La sobre exigencia individual, al ser contrastada con el sentir de otras personas, se torna menos personalizada y con ello se empieza a construir un esfuerzo más conjunto, solidario y efectivo.

Poder escuchar sensaciones similares como la frustración y la impotencia en otras(os) compañeras(os), permite el encuentro y la resonancia que es requisito indispensable para romper con la inmovilidad y establecer compromisos para superar estas sensaciones. Esto siempre deberá conducir a la comprensión de los factores determinantes de la violencia intra familiar, que en mucho superan las posibilidades de enfrentar individualmente un problema social, que requiere la unión de todos. Desde estas vivencias se logra romper con el aislamiento y se construye un terreno fértil para la expresión de sentimientos reprimidos por mucho tiempo, como son el enojo, la tristeza, la decepción y la confusión.

Es así como los espacios grupales de auto cuidado, se tornan espacios de protección frente a la amenaza de estados de extenuación emocional. Estos espacios, son un aporte a la construcción de tejido social que opere como redes de apoyo dentro de los servicios de salud. Desde esta propuesta, el personal de salud, al igual que las personas afectadas por la violencia intra familiar, podrán contar con un grupo de apoyo y de crecimiento personal.

A través de este componente se busca humanizar la atención, pues se apuesta a que es imposible pedir que se escuche y se desarrolle la empatía hacia las personas afectadas por violencia intra familiar si la persona que atiende no se siente escuchada ni tratada como seres humanos también.

2.

¿Cuál es el tipo de metodológica propuesta para estos espacios grupales?

Para el desarrollo de los espacios grupales de auto cuidado del personal de salud, se propone la utilización de una metodología vivencial, que facilite la movilización de los sentimientos personales y a su vez conduzca a la reflexión y elaboración de los mismos de manera tal que se de un crecimiento interior de las personas participantes.

La metodología elegida contempla la integración de lo emocional y lo racional; lo cual es posible lograr incorporando elementos lúdicos que apunten a generar procesos de expresión creativa, entre los cuales se incluya la expresión corporal. Estos procesos permitirán un mayor acercamiento a los sentimientos y afectos de las personas, los cuales muchas veces quedan ocultos cuando se privilegian las manifestaciones del lenguaje oral o escrito, donde la racionalización es más frecuente y las defensas más fuertes. Es así como se busca una **integración mente y cuerpo, lo mismo que razón y emoción.**

La metodología que se propone, tiene su fundamento en el psicodrama psicoanalítico, el cual se caracteriza por ser una metodología movilizadora de la espontaneidad y la creatividad de las personas participantes. Tal como lo define su creador, Jacobo Levi Moreno, el psicodrama es “*un método para sondear a fondo la verdad del alma a través de la acción*” (Bello, 2000, pág 23) Es a través de la acción, que se logra poner en escena aspectos negados o reprimidos, para reeditarlos, lo que implica revisarlos y enfrentarlos con nuevos recursos. Esto permite romper los bloqueos emocionales que obstaculizan la espontaneidad, para poder retomar la esperanza, las capacidades personales y la confianza de poder superar las situaciones difíciles.

Si bien no se pretende desarrollar procesos psicodramáticos a profundidad, ya que los mismos involucran un trabajo terapéutico de mayor intensidad, lo que trasciende los objetivos específicos de estos espacios, si se propone la utilización de algunas técnicas que logran facilitar los procesos requeridos para estos espacios grupales de auto cuidado. Se considera que la utilización de algunas técnicas de calentamiento psicodramático y de creación de escenas imaginarias, sirve a los propósitos de movilizar a las personas participantes y cumplir los objetivos propuestos, dentro de un ambiente de contención y de respeto hacia las personas participantes.

En ese sentido es importante señalar que estos espacios de auto cuidado, si bien tienen elementos terapéuticos, y en si misma es una experiencia sanadora, **no deben ser confundidos con grupos terapéuticos**. Los objetivos de ambos grupos son distintos; para un grupo terapéutico, la historia personal de los integrantes es el centro de atención, revisión y del quehacer grupal, no así en los grupos de auto cuidado en los servicios de salud.

En estos últimos, **el énfasis está puesto en la tarea que realiza el personal de salud y su impacto en los diferentes aspectos de la vida de las personas participantes**. Si bien la historia personal es un elemento esencial que vulnerabiliza o protege a las personas en cuanto al impacto de la tarea, esta debe abordarse tangencialmente y siempre con la anuencia de las participantes. De lo contrario estaríamos contribuyendo a generar mayor vulnerabilidad y confusión en las personas, lo que puede resultar en una experiencia de abuso más que de cuidado personal. Las personas tienen derecho a ser respetadas en su intimidad en los espacios laborales y es sano no perder de perspectiva el lugar y el contexto en el cual se da el trabajo grupal.

La idea que debe guiar los espacios de auto cuidado, es el fortalecer a las personas en el ámbito personal en su relación con su desempeño profesional y laboral para protegerse de un posible estado de extenuación emocional. Por ello, el grupo debe generar espacios de solidaridad, de compartir experiencias comunes, y producir procesos de resonancia que permitan revisar aspectos personales y elegir si se desean compartir con las(os) compañeras(os) del grupo, o elaborar en otros espacios terapéuticos.

Por ello, se hace esencial indicar al grupo que el espacio grupal nos debe servir para fortalecernos como personas dentro de una institución que nos demanda una tarea específica, pero que existen aspectos personales que deben ser profundizados en otros espacios. Si bien los grupos muchas veces logran apoyar y contener a sus integrantes, no se debe perder de vista que su quehacer o su razón de estar juntas es también recuperar la posibilidad de hacer un buen desempeño laboral.

Si a través de esta vivencia, alguna o algunas personas toman conciencia de que les resulta imposible responder a la demanda institucional, esta reflexión debe facilitar la búsqueda de ayuda o empujar a la persona a encontrar formas alternas de laborar sin exponerse a situaciones adversas que atenten contra sus propias capacidades. Esto no significa abandonar las funciones asignadas institucionalmente, aunque en casos extremos se deberá contemplar para el bien de la persona y la misma institución, sino poder reconocer cuales resultan de menor riesgo para la

salud física y mental de la persona. Es esencial que el personal de salud conozca y reconozca sus limitaciones al igual que sus fortalezas para desempeñar la tarea.

Por otra parte, los grupos de auto cuidado **no deben ser confundidos tampoco con espacio recreativos de evasión o distracción de la tarea que se realiza en los servicios de salud, sino como un lugar idóneo para enfrentar los sentimientos y poder liberarse del dolor, la inmovilidad y la frustración que produce la labor cotidiana.** Lo que se busca prevenir es justamente que ante la ausencia de elaboración de sentimientos y pensamientos evocados por la tarea, el personal de salud termine reproduciendo las angustias y los problemas en sus espacios familiares y de recreación.

Más adelante se describirá como poner en práctica la metodología propuesta, de manera que quede aún más claro el cómo desarrollar los espacios grupales de auto cuidado. A continuación se retoman aspectos organizativos para luego retomar el desarrollo de las sesiones con las técnicas propuestas.

3.

¿Cómo se deben conformar los grupos de auto cuidado?

Los grupos de auto cuidado pueden conformarse según la realidad y las posibilidades existentes en los niveles locales. Se recomienda que los grupos sean pequeños, conformados con no más de 15 personas. Es conveniente que en su conformación se busque la mayor heterogeneidad posible, pues esto permite mayor riqueza en el intercambio de experiencias. Esta heterogeneidad se puede dar por género, disciplinas, unidades de trabajo y niveles de atención.

Para lograr los objetivos propuestos, es importante garantizar la continuidad del grupo y la regularidad en la asistencia de las personas participantes. La duración de los grupos es variable, por lo menos debe garantizarse el desarrollo de 12 sesiones grupales de cuatro horas cada una. La organización de esas 12 sesiones se adaptarán a las facilidades de los participantes y las posibilidades concretas en la programación de los servicios. Lo ideal es poder generar procesos con cierto tiempo para asimilar la experiencia, esto sería una sesión semanal a lo largo de 12 semanas. Esta modalidad permitirá desarrollar experiencias continuas durante cuatro meses e incluso diseñar estrategias de seguimiento posteriormente. También se pueden hacer experiencias intensivas, donde se hagan talleres de dos días, lo que comprendería 4 sesiones por taller y se deberían desarrollar como mínimo 3 talleres consecutivos. También en

esta modalidad se debe considerar sesiones posteriores de seguimiento que permitan consolidar los grupos creados como grupos de referencia y de autoayuda.

Se recomienda que los grupos no sean integrados por miembros del mismo equipo interdisciplinario, sino que se pueda compartir con personas con las cuales no se interactúa cotidianas. Es conveniente que los grupos se organicen por regiones o subregiones.

Es esencial generar un espacio de confianza que garantice seguridad a las participantes. Eso solo es posible si se logra establecer un proceso continuo y permanente. A su vez, los grupos deben ser cerrados para poder tejer vínculos solidarios que fortalezcan a las personas involucradas. Eso significa que una vez iniciado el proceso, no se incorporen nuevos integrantes al grupo. Esto especialmente en las doce sesiones del proceso inicial.

Una vez concluidas esas doce sesiones mínimas de proceso, se deberá valorar con el grupo las necesidades de seguimiento. Lo ideal es que los espacios grupales de auto cuidado sean espacios permanentes de reflexión en los servicios de salud.

4.

¿Quien puede facilitar los espacios de auto cuidado?

La facilitación de estos espacios requiere de personas capacitadas en la metodología. Dicha capacitación involucra haber vivido personalmente la experiencia grupal como participante y luego recibir una formación básica que habilite para desempeñarse como facilitador(a). Una vez que cuenten con esta capacitación, se podrá trabajar en experiencias grupales con la supervisión respectiva del trabajo. La capacitación debe instrumentar a las personas interesadas en cuanto a la comprensión de procesos grupales y su conducción, así como el manejo de situaciones críticas que son esperables que emerjan en estos espacios.

Algunos requisitos indispensables que deben reunir las personas que faciliten estos procesos son:

- *Haber trabajado en la atención directa con personas afectadas por la violencia intra familiar.*
- *Tener experiencia en trabajo grupal*
- *Pasar por el proceso de capacitación*

5.

Temas que pueden ser abordados en el espacio grupal

Los grupos de auto cuidado requieren de co-facilitación, no es conveniente que una persona sola dirija el proceso. Esto es importante señalarlo ya que los procesos grupales son complejos y la complementación en la observación y conducción enriquece las posibilidades de trabajo y de captar mejor los procesos grupales.

Las personas encargadas de facilitar el proceso grupal, deben tener la capacidad de hacer una lectura grupal, que les permita identificar los emergentes grupales, y desde estos, hacer los señalamientos pertinentes.

Se parte del hecho que las personas que faciliten estos procesos pueden ser personal de salud o de otras instituciones afines. Sin embargo, en el primer caso, para el buen desempeño de la función de facilitación, es conveniente que la persona que facilite el proceso no sea compañera(o) de trabajo de las personas que integren los grupos que ha de facilitar. Para cumplir con este requisito, se recomienda intercambiar facilitadoras(es) entre los servicios de salud según regiones, sub-regiones o niveles de atención.

Si bien los temas que surgen en un proceso grupal son siempre singulares y únicos, se ha observado temas comunes y recurrentes en los grupos de auto cuidado que ayudan a orientar el trabajo que se desarrolla en dichos espacios. Los mismos son los siguientes:

- Establecer límites frente a las demandas múltiples de los servicios de salud
- Manejo de sentimientos como la culpa, el enojo, la frustración, la tristeza y otros
- Valoración del trabajo propio
- Idoneidad en el desempeño del rol profesional
- Las experiencias personales y su impacto en el desarrollo de la tarea
- Utilización de mecanismos de defensa frente a la tarea
- Enfrentar la violencia sin reproducirla
- Manejo de los sentimientos de omnipotencia en el desempeño profesional
- Empatía y sobre involucramiento afectivo

- Sentimientos y actitudes frente a los obstáculos propios de la atención
- Motivación hacia la tarea
- Salidas frente al agotamiento
- Pérdida de confianza en las relaciones con otras personas
- Equipos de trabajo más efectivos en la tarea
- El manejo del poder
- Manejo de expectativas frente al trabajo
- Recuperación del poder personal

No se pretende en este módulo dar recetas en torno a cómo abordar cada uno de los temas, por lo contrario, los mismos se enuncian sabiendo que cada grupo encuentra desde la experiencia de las personas participantes, diferentes estrategias para trabajar y enfrentar las preocupaciones que están detrás de estas temáticas.

Sin embargo, puede ser útil algunas observaciones indicadas por algunos autores en torno a algunas de las temáticas señaladas. Según señala Miller y Smith (APA, 1997), entre las ocupaciones que se tornan estresantes, están aquellos trabajos en los que se debe responder a las demandas de otros y se tiene poco control sobre las situaciones que se han de atender. Son el caso de ocupaciones con mucha responsabilidad pero con poca autoridad. También se identifican las ocupaciones en las cuales se da un exceso de trabajo y poco reconocimiento por el mismo.

Los expertos indican que algo que vulnerabiliza a las personas en su tareas laborales son las expectativas que se tienen sobre el trabajo. Se considera que el síndrome de “burnout” expresa una sobre exigencia personal en la cual, el trabajo es ubicado en el centro de la vida y además se parte de expectativas poco realistas o búsqueda de metas ilusorias o imposibles. Desde la óptica de los investigadores, lo que resulta problemático son las aspiraciones cuando estas no corresponden a la realidad, pues llevan a la frustración y al fracaso. Por esto, es fundamental que el personal de salud pueda reflexionar sobre sus fantasías de omnipotencia y logre reconocer sus propios límites.

Si bien los espacios grupales de auto cuidado no son el lugar específico en el cual se toman decisiones en torno a las condiciones de trabajo, si permiten descubrir las capacidades de las personas a responder ante la demanda de servicios. Entre ello la capacidad de priorizar y establecer límites sanos para el desempeño adecuado de la tarea.

Por otra parte, la misma institución puede estar dirigiendo expectativas irreales hacia el equipo interdisciplinario de atención a las situaciones de violencia intra familiar. Esta presión puede traducirse en pedir resultados de éxito en los tratamientos, lo que nuevamente deposita la responsabilidad en el personal de salud y promueve fantasías de omnipotencia y control irreal de las situaciones.

A su vez, la amenaza de muerte que se puede jugar en algunos casos, coloca al profesional en una situación de por sí estresante y se moviliza mucha responsabilidad que puede sobrepasar a los funcionarios. Estos casos requieren del apoyo de equipo y de otras instancias de coordinación. A estas situaciones se asocian estados de alerta y sensaciones de inseguridad en el personal de salud, que muchas veces se refuerzan y agravan aun más si las personas ofensoras extiende sus amenazas a dicho personal. Vemos aquí como la atención en sí misma se torna riesgosa para la integridad personal de los y las funcionarias de salud.

Es como si algo tan básico como la confianza, que es el cimiento para actuar en el mundo y tener confianza en sí mismo se ve tambaleada. Pues las situaciones de violencia intra familiar vienen a cuestionar las sensaciones de seguridad y protección que socialmente atribuimos al espacio más íntimo en nuestras vidas: la familia.

Al respecto, Janoff-Bullman (citado por Claramunt, 1999), señala como las situaciones de violencia intra familiar vienen a cuestionar el sistema de creencias que nos hace pensar que vivimos en un mundo seguro y confiable. Según este autor, existen tres supuestos fundamentales que guían la relación de las personas con el mundo: el mundo es un lugar benevolente, el mundo tiene sentido y el ser humano es valioso, capaz y bueno. Estas creencias son entonces sustituidas por los siguientes supuestos: el mundo es un lugar peligroso y debemos estar alerta a cualquier amenaza, el mundo no tiene sentido, y el mundo está lleno de personas malas y peligrosas de las cuales debemos cuidarnos.

Compartir estas sensaciones y vivencias en los procesos grupales de auto cuidado, por sí mismas permiten romper el aislamiento y encontrar estrategias saludables para enfrentar las exigencias ya no desde una visión individual, sino colectiva. Al igual que recuperar la esperanza a través de la energía grupal que estos espacios permiten construir.

Por otra parte, se encuentra el manejo de sentimientos múltiples evocados por la tarea. Para las personas afectadas por la violencia intra familiar, la salida de estas situaciones, por sus características, involucran procesos dolorosos de duelos que requieren elaboración, los cuales no

siempre son fáciles de manejar. Esto implica momentos de “retroceso” o de estancamiento” en los procesos que muchas veces generan en el personal de salud sentimientos de ambivalencia en los que se mezcla la tristeza, el enojo, la impotencia y la culpabilización de la persona afectada. Al mismo tiempo que los auto reproches y descalificación del trabajo realizado.

Con ello se reproduce en el personal de salud, las mismas sensaciones que tienen las personas afectadas, en cuanto a la desesperanza aprendida. En estas situaciones, se hace difícil diferenciar quien es la persona afectada y quien la persona que apoya. Aquí ocurre la identificación proyectiva como mecanismo de defensa que deriva en los estados de extenuación emocional antes descrito.

Tal como lo señalan las Normas de Atención a las Personas Afectadas por la Violencia Intra Familiar, una atención de calidad requiere de un acercamiento empático a las personas, una capacidad de escucha y apertura. Esto expone a las personas que atienden a recibir y acoger una persona sufriente que muchas veces deposita sus esperanzas de salida y la solución de sus problemas en dichas personas.

Esta expectativa en mucho rebasa las posibilidades reales del personal de salud, lo que puede generar una sensación de decepción de minusvalía, y de ahí la importancia de ubicar los verdaderos potencialidades de las personas que apoyan.

En ese sentido, hay varias actitudes en el personal de salud que deben ser revisadas, una de ellas es colocarse en el lugar de la solución para el problema de estas personas afectadas por la violencia intra familiar. En este caso, existe un problema de ubicación o posición frente a las personas afectadas por estas situaciones. Posiciones paternalistas o maternalistas no favorecen el fortalecimiento de las personas afectadas ni tampoco a las personas que brindan la atención en la medida en que las sobrecarga. Por ello se requiere de una revisión del rol profesional que permita ofrecer un acompañamiento más saludable para ambas partes.

Al mismo tiempo, hay que considerar que esto no se manifiesta neutralmente en los diferentes géneros. Sabemos que históricamente, las mujeres han asumido mucho de la responsabilidad de cuidar a otros sin cuidarse a si mismas. Por ello, el análisis de estas situaciones debe ser atravesado por la perspectiva de género, con la finalidad de revisar cómo en el personal de salud femenino, se reproducen las tareas de protección, acogida y cuidado de las personas afectadas por la violencia intra familiar. Lo que implica una sobre exigencia que lejos de facilitar la tarea, coloca a las funcionarias en una situación de mayor vulnerabilidad.

Si pensamos que la mayoría de los funcionarios de salud que trabajan en los programas de violencia intra familiar son mayoritariamente mujeres, podemos decir que el auto cuidado y la revisión de su rol profesional y de género es una necesidad impostergable. Esto involucra la revisión de la elección profesional y las expectativas en torno a ella.

Por otra parte, si consideramos que uno de los riesgos a que está expuesto el personal de salud es a la movilización de su propia historia, y que las mujeres son parte de la población más vulnerable ante estas situaciones, es esperable que surjan vivencias y preocupaciones personales en los espacios de auto cuidado. Por las características de estos espacios, se hace fundamental abordar lo que emerja en ese sentido del grupo. Pues en la práctica, esto opera como un velo que cae en los ojos de la persona que está brindando la atención, impidiendo ver con claridad a la persona afectada, pues su mirada está filtrada por la propia problemática, con las emociones que evoca, que son de rabia, furia y hasta impotencia.

En este tipo de situaciones, la persona que brinda apoyo puede estar centrada en sus propias movilizaciones internas y tener dificultades de diferenciar su situación personal de la que trae la persona consultante. Esto impide escuchar y prestar atención a la otra persona, y por ello implica problemas a la hora de dar un diagnóstico adecuado o un plan de tratamiento acorde con la realidad de ésta.

Los grupos de auto cuidado, al tornarse espacios solidarios de apoyo, permiten dar lugar a la descarga y la toma de conciencia de estos procesos. Esto alivia a las personas de sus sensaciones de confusión y extenuación. Con ello se recuperan las energías perdidas para poder manejar lo propio sin confundirlo con lo ajeno.

6.

¿Cómo organizar las sesiones de trabajo grupal?

Para poder dirigir el proceso grupal, es necesario saber que la metodología propuesta tiene su lógica interna y está estructurada según una secuencia de momentos que buscan producir una curva de intensidad, la cual inicia desde el nivel menor de involucramiento afectivo, y conforme el proceso se va desarrollando, aumenta la intensidad para luego declinar. Esta curva de intensidad es importante tomarla en cuenta porque es lo que permite que las personas puedan sentirse contenidas en el grupo. Para lograr esta curva de intensidad se piensa en tres momentos esenciales que siguen esta secuencia: calentamiento, dramatización, compartir y procesar lo vivido. Estos momentos deben ser atravesados en cada una de las sesiones propuestas.

El calentamiento permite prepararse para la acción, mientras que la dramatización involucra el vivenciar algo dentro de un espacio imaginario en el cual se juega “como si” fuera la realidad, y por último, en el procesamiento se busca poner en palabras los sentimientos, emociones o recuerdos que emergen de la dramatización para poder elaborarlos colectivamente. Para cada momento, existen técnicas movilizadoras que facilitan esta secuencia.

Sin embargo, hay que diferenciar la metodología psicodramática de las metodologías participativas usualmente utilizadas. Desde la metodología psicodramática, no se busca la simple aplicación de técnicas previamente planificadas, como ocurre en las otras metodologías. En su lugar, se privilegia la lectura grupal, esto significa que son los temas que emergentes del grupo los que van guiando el proceso y definiendo cual es la dinámica o técnica más adecuada para implementar en cada momento. Es así como las técnicas están al servicio del grupo y no al revés, el proceso grupal circulando en torno a las técnicas previamente diseñadas desde temáticas prefijadas.

Para cada sesión, se programa la técnica de calentamiento con la que se desea iniciar y se planea un par de técnica movilizadora que permita abrir la exploración de las preocupaciones que tienen los integrantes del grupo y lo que desean compartir y trabajar. Una vez en el grupo, se arranca con el calentamiento y a partir de lo que surge en el mismo, se decide cual es la técnica que mejor se adapta para seguir el trabajo grupal. Luego de este momento, se van definiendo desde la coordinación del proceso, otras técnicas que permitan una mejor elaboración de las situaciones que viene trabajando el grupo. Cada sesión consecutiva debe retomar las temáticas que quedaron sin trabajar en la sesión anterior y dar cierta continuidad al proceso.

Por ello, si bien existen técnicas, las cuales se expondrán más adelante, las mismas no pueden ser aplicadas mecánicamente, ya que se perdería el sentido de la propuesta, que es justamente ir construyendo en el proceso y según las necesidades sentidas por las personas participantes. Por ello, la creatividad y la sensibilidad de las personas que facilitan el proceso es fundamental. Es imposible promover la espontaneidad y la creatividad, si la misma no surge desde la misma conducción del proceso.

En cuanto al proceso en su conjunto, también se distinguen etapas importantes. En un inicio, es esencial construir un ambiente de confianza, confidencialidad y complicidad entre las personas que integran el grupo. Esto implica poder romper con los temores y las resistencias que toda persona tiene al entrar por primera vez a un grupo. Y para ello es fundamental conducir el proceso hacia la integración de las(os)

participantes, lo que implica su acogida como personas valiosas y con capacidad de aportar y aprender unas de otras. Ello es posible si se logra crear un ambiente en el cual las personas participantes puedan encontrarse a sí mismas en sus necesidades y demandas, y no tanto en las demandas institucionales.

Para crear este ambiente es necesario hacer un encuadre inicial del trabajo en el cual se establecen las normas grupales que regirán dentro y fuera del espacio grupal de auto cuidado. Este encuadre es el contrato inicial que se hace entre las personas que facilitan el proceso y los participantes, y se define por los siguientes puntos:

ENCUADRE

- *Todo lo que se hable dentro del espacio grupal pertenece al grupo, por lo que no deberá salir de ahí. Las personas participantes se comprometen a guardar confidencialidad sobre lo que se trabaje al interior del grupo.*
- *No se deben hacer interpretaciones entre las personas participantes, pues en este espacio se busca generar procesos de reflexión personal, y de toma de conciencia desde los tiempos de cada persona y desde relaciones horizontales y respetuosas. En la medida en que alguien interpreta, cambia su rol de compañera(o) por el de terapeuta, y esto afecta la integración y la cohesión grupal.*
- *Nadie está obligado a hablar de lo que no desea o hacer cosas que no le hagan sentir cómoda(o) dentro del espacio grupal.*

Las personas que participan en el grupo, deben estar de acuerdo con este encuadre, al igual que deben asumir el compromiso de asistir a las doce sesiones programadas. De presentarse alguna dificultad para cumplir con esta última condición, se debe avisar al grupo dentro de las posibilidades reales. Esto es necesario destacarlo, ya que dentro del proceso, todas las personas son importantes y en su ausencia están imaginariamente presentes.

Una vez que se ha podido construir un ambiente de confianza y se puede percibir la formación de cierto tejido grupal de contención recíproca, es posible introducirse a procesos de dramatización que permitan trabajar más a fondo temáticas que preocupan a los integrantes.

Hay que recordar que a través de la metodología psicodramática, se intenta crear un espacio imaginario en el cual se puede jugar “como si”

fuera real. Esto hace que se recupere la magia de los juegos infantiles, donde todo es posible, podemos ser en cierto momento una mariposa, en el siguiente un corazón y en el otro un jefe autoritario.

Por otra parte, hay que señalar como lo que se juega en ese espacio imaginario, son representaciones interiores, lo que no necesariamente corresponden a la realidad. De ahí que lo que cada participante trae a escena, solo es interpretable desde la propia historia y vivencia. Por eso es importante respetar la regla de oro de estos espacios: no interpretar al otro y en su lugar respetar la interpretación personal. También lo recreado no debe entonces entenderse como una interpretación o dramatización literal de los hechos, sino como representaciones interiores de lo vivido.

Ahora bien, antes de pasar a detallar algunas técnicas que pueden ser utilizadas en el proceso, es importante aclarar algunos recursos técnicos que son utilizados en la metodología psicodramática, y que estarán presentes en las técnicas psicodramáticas que se describen posteriormente.

Rituales: son breves juegos lúdicos, por lo general involucran a todas las personas participantes. En ellos se hacen actos simbólicos de liberación o descarga. Por lo general se utilizan al inicio o al final de las sesiones grupales.

Soliloquio: consiste en ponerle palabras a los sentimientos y pensamientos individuales a través de una reflexión personal que reproduce el diálogo interior solo que en voz alta.

Cambio de roles: se utiliza mucho en psicodrama al igual que en experiencias de orientación gestálticas. Consiste en ocupar el lugar de otra persona y actuar como tal. Esto permite ver las situaciones desde la mirada del otro, lo que favorece hacer una ampliación en la perspectiva con que se mira nuevamente la situación.

Limpieza de roles: a lo largo de los procesos grupales, las(os) participantes dramatizan diversos papeles o roles de personas reales, imaginarias o simbólicas. Algunos de estos papeles son agradables, otros desagradables. Por ello como parte del proceso, es importante que quien haya jugado un papel, se deshaga del mismo a través de un ritual, ya sea “sacudiéndose” corporalmente el rol, o pasando las manos por el cuerpo como quien se quita un disfraz o se limpia el cuerpo.

Las anteriores definiciones quedaran más claras cuando se retomen en la descripción de las técnicas. Por último hay que señalar que el espacio físico donde se desarrollen estos espacios grupales es fundamental que reúna ciertas condiciones. Debido a las características de la metodología, se requieren espacios aislados, sin mucho ruido, que permitan cierta intimidad y que no puedan ser interrumpidos por elementos externos. También es importante que sea lo suficientemente amplio como para poder formar espacios vacíos donde las personas participantes se puedan desplazar, dramatizar, expresar sus sentimientos y trabajar en grupo con libertad. No es conveniente que se haga en un lugar donde haya sillas fijas o en un lugar abierto que impida la intimidad o se escuche lo que ocurre en el grupo.

6.1 Técnicas Psicodramáticas

Las técnicas que se presentan a continuación, se utilizan en diferentes momentos de las sesiones grupales. Como se señaló anteriormente, su uso debe responder a los requerimientos del grupo. Algunas se prestan más para el momento de calentamiento o caldeamiento, otras son propias del trabajo dramático. El tiempo de duración de cada una de estas técnicas, varía según las características grupales y sus necesidades de verbalización y elaboración de lo vivido.

Como se podrá ver, las técnicas han sido ordenadas en once categorías que permiten orientar su selección según los objetivos que se van proponiendo en el proceso grupal. Para cada categoría, se presenta una o más técnicas, con su nombre respectivo, sus objetivos y los pasos a seguir. Hay que recordar que las mismas pueden ser modificadas o adaptadas a las características y necesidades de cada grupo. No se debe olvidar que esta metodología invita a la creatividad, por ello, estas son apenas una muestra de posibilidades, cada persona que facilite estos procesos grupales podrá inspirarse en ella para crear sus propias técnicas.

a. Rituales:

a.1 El armario y el basurero

Es común que el personal de salud llegue a los espacios grupales de auto cuidado con diversas preocupaciones o tareas pendientes. También es común que asistan a la actividad pensando que es una capacitación más en la cual podrá entrar y salir de la misma, y que podrán mantenerse conectados con sus servicios o con sus preocupaciones extra laborales. Esta técnica permite romper con este esquema y marcar desde el inicio una diferencia con otro tipo de actividades.

El objetivo que persigue esta técnica, es dejar simbólicamente afuera del espacio grupal, en forma temporal o permanente, preocupaciones y malestares que pueden obstaculizar la concentración en las actividades del taller.

Paso 1:

Con el propósito de que las participantes logren concentrarse en las diversas actividades del taller y cuenten con la disposición y energía para participar, al iniciar la sesión construya en un lugar del aula o local, un armario y un basurero imaginario. Luego pídale a cada una que piensen si hay alguna preocupación o malestar que trae y que le gustaría guardar en el armario para recoger al finalizar el taller o bien algo que quisieran botar para poder disfrutar plenamente del taller y poder participar adecuadamente, sin pesares o preocupaciones.

Paso 2 :

Solicíteles que las que lo desee o necesiten vayan y guarden o boten lo que hayan elegido. Mientras lo hacen, pídale que expresen que es lo que guardan o botan en voz alta (soliloquio).

a.2 Canciones y versos para compartir

Al finalizar una sesión o al inicio de una sesión consecutiva, la utilización de canciones o versos traídos por las personas que integran el grupo, o por las facilitadoras, permite sintetizar experiencias vividas y trabajadas en el espacio grupal.

Paso 1 :

Pida al grupo que se ponga de pie y se tomen de las manos formando un círculo. Pueden escuchar las canciones, cantarlas o leerlas mientras encuentran una forma de movimiento corporal grupal que acompañe la música. Si se trata de versos se puede leer y escuchar en grupo.

Algunas de las canciones y poemas que surgieron en la experiencia piloto realizada para validar este módulo, se presentan en el Anexo. Las mismas son especialmente pertinentes para grupos de personas que trabajan en la atención a la violencia intra familiar.

a.3 Que dejo y que me llevo

Esta técnica es útil al final de una sesión o de un taller que concentre varias sesiones. Permite a las personas participantes sintetizar lo vivido a partir de las cosas que quiere dejar en ese espacio y las que se quiere llevar para que la acompañen fuera del mismo. Este ritual también sirve para evaluar los procesos de elaboración individuales.

Paso 1:

Pida al grupo que formen un círculo e invite a cada participante a pasar al centro y con un gesto dejar en el centro del mismo aquello que no quiere cargar fuera o que siente se liberó a lo largo del proceso vivido, y con otro gesto, recoger aquello que desea llevarse de la experiencia y que siente le puede ser útil fuera del espacio grupal. Pídale a cada persona que haga un pequeño soliloquio mientras realiza cada gesto.

Paso 2:

Pídales que hagan un círculo abrazadas, que sientan todas las cosas con que el grupo cuenta y que han sido un regalo de cada una y que esas cosas ahora son parte de la fuerza colectiva e individual de todas. Cierre con una canción que se haya cantado antes en el grupo o que en ese momento tiene un significado para ellas.

b. Actividades para la integración grupal**b.1 Sociograma espacial**

Esta técnica permite la integración de las personas a través de conocer e intercambiar algunas características de las personas que participan. Esto permite observar la composición del grupo, detectando desde el inicio las afinidades entre participantes. Para las personas que facilitan el proceso, esta información es muy orientadora.

Paso 1:

Pídales a las participantes que se pongan de pie y trace una línea imaginaria en el centro del grupo. Pídales por ejemplo, que las que tienen hijos que se coloquen en el lado derecho de la línea y las que no tienen en el lado izquierdo. Las que les gusta tal o cual cosa de un lado y las que no del otro (piense de antemano en las cosas que les gustaría saber o que considera importante que ellas compartan con las demás). Puede indicarse preferencias, lugar de residencia, nacionalidad, lugar de trabajo, estado civil, grupos de edades y otras

Paso 2:

Permítales que ellas también traten de averiguar otras cosas que les interesa, pidiéndole a las demás compañeras que se agrupen en el espacio por afinidad.

b.2 Sociograma

Esta es una técnica que permite obtener una “radiografía” de las relaciones afectivas en el grupo al iniciar el proceso. La misma puede ser de gran ayuda para reconocer la presencia de subgrupos y que tan cerrados son. A su vez, se puede utilizar nuevamente al final del proceso para ver que ha pasado con el grupo durante ese tiempo.

Paso 1:

Pídales que piensen en cual de las compañeras conocen más o creen conocer más y que cuando lo tengan le pongan su mano derecha sobre el hombro. Utilizando un papelógrafo, dibuje las conexiones que se establecieron utilizando círculos con la inicial de la persona en el centro y flechas que les conecten entre sí, donde quede bien claro quien escoge a quien.

Paso 2 :

Posteriormente pídales que piensen o sientan interiormente a cual persona del grupo les gustaría conocer más y que le coloquen la mano izquierda sobre el hombro. Proceda a completar el primer mapa de conexiones utilizando para ello un marcador de otro color.

Paso 3:

Finalmente, sentadas en círculo pídales que se expresen en torno a cómo se sintieron, que cosas descubrieron. Refuerce que probablemente si hubieran tenido más manos, hubieran posiblemente escogido a otras más y que va a ser interesante revisar al finalizar el proceso si ha cambiado la “radiografía del grupo”.

Para las facilitadoras será importante comparar la primera y la segunda elección (paso 1 y paso 2). Si los subgrupos persisten en la segunda elección es probable que las personas participantes estén señalando desde el inicio resistencias hacia la integración. Lo que implica la necesidad de trabajar con mayor intensidad la construcción de un ambiente de confianza y cohesión en el grupo. Si no se logra superar las resistencias, el pronóstico del proceso será reservado.

b.3 Filas de menor a mayor

Esta técnica ayuda a hacer visible los años que tienen las personas participantes de trabajar en la atención a la violencia intra familiar y en la institución. La misma reproduce el ritual

escolar de ponerse en fila por orden de tamaño, en este caso, el orden está dado por los años de trabajo.

Se busca a través de esta técnica tomar conciencia y validar la experiencia acumulada dentro del grupo, y al mismo tiempo explorar la motivación y posible desgaste frente a la tarea.

Paso 1:

Pídales que hagan una fila de menor a mayor según el tiempo que cada una tiene de trabajar en la institución. Anote en un papelógrafo el nombre y el tiempo de cada una de acuerdo a cómo organizaron la fila.

Paso 2:

Pídales que de nuevo hagan una fila de menor a mayor, esta vez indicando el tiempo que tienen de trabajar en el campo de la violencia intra familiar. Anote en un papelógrafo el nombre y el tiempo de cada una de acuerdo a cómo organizaron la fila.

Paso 3:

Posteriormente en círculo promueva que compartan cómo se sintieron sobre todo las que tienen menos tiempo y las que tienen mayor tiempo, las que estuvieron a la mitad, etc. Para cerrar pídale que en una frase o palabra expresen que han significado esos años en sus vidas.

b.4 Pensar en las personas ausentes

Con esta técnica se busca explorar si hay alguien que no está presente en el grupo y alguna persona siente que debería estar. También si existen personas que en ese momento están ausentes pero se integrarán más tarde al grupo. Esta técnica es importante utilizarla en la primera sesión y es útil en las sesiones consecutivas cuando alguien del grupo está ausente.

Paso 1:

Explique al grupo que es importante para iniciar un proceso grupal hacer explícito por parte de cada una si piensan o sienten que hay otras compañeras que no están y que debieron estar o les hubiera gustado que estuvieran. De tiempo para que las participantes puedan reflexionar al respecto.

Paso 2:

Coloque una silla vacía que pueda ser vista por las integrantes del grupo e indíqueles que la que lo desee puede

traer imaginariamente a esa persona y que la siente en la silla. A través de un cambio de roles, pídale a la que quiera participar que se siente en la silla y se presente como si fuera esa persona ausente. Por ejemplo: yo soy y trabajo en Luego pídale que se levante y se coloque de pie frente a la silla vacía, y dirigiéndose a esa persona imaginaria, le exprese por qué le hubiera gustado que estuviera allí.

Paso 3:

Comente con ellas que es importante que todas se sientan con derecho a estar en un espacio como ese y que el haber sido las elegidas/ os no debe hacerles sentir mal, con relación a otras personas que no pudieron venir o que no fueron invitadas a participar de ese proceso grupal. Permítales que ellas también se expresen al respecto.

b.5 Integración de nuevos miembros al grupo

Esta técnica se utiliza una vez que el grupo ha iniciado y se integran nuevos miembros que desde el inicio se sabía iban a ingresar pero no pudieron. Es recomendable que esta integración de nuevos miembros solo ocurra en las primeras sesiones y posteriormente el grupo quede cerrado. La técnica se utiliza al iniciar la sesión y permite conocer la motivación de los nuevos miembros para integrarse al grupo y también da espacio a los demás de reconocer y señalar que ya han iniciado un proceso grupal.

Paso 1:

Explique al grupo que hay una nueva persona o personas que desean integrarse al grupo y que para ello es importante que hagan un ritual para su incorporación.

Paso 2:

Pídales a las personas que han asistido a las sesiones anteriores que se pongan de pie y tomadas de las manos, hagan un círculo cerrado. Solicite a la persona que asisten por primera vez que se coloque fuera del círculo y le de vueltas; mientras lo hace pídale que se presente al grupo y manifieste su interés y motivación de integrarse. Las personas colocadas en el círculo cerrado pueden hacerle preguntas y deben decidir si la aceptan o no. A partir de la decisión, el grupo puede abrirse y permitir que la persona entre al círculo. Una vez dentro podrá hacerles preguntas al grupo a partir de su curiosidad con relación a lo que han vivido hasta el momento.

c. Actividades para entrar en contacto con nuestros sentimientos

c.1 Las esculturas de nuestro cuerpo y nuestro corazón

Esta técnica busca producir un momento de reflexión personal y contacto con los sentimientos, para luego compartirlos con el grupo en una forma creativa.

Paso 1:

Pídales que caminen en diferentes direcciones, moviéndose en el espacio y que entren en contacto con sus cuerpos y que lo escuchen. Que se pregunten cómo se sienten esos cuerpos en estos momentos si hay partes que duelen o están tensas, si lo sienten pesado o liviano.

Paso 2:

Sin dejar de caminar, pídales que busquen una palabra o frase y una expresión corporal que exprese cómo se siente ese cuerpo y que al dar usted una palmada la expresen, - digan la frase y se congelen a manera de escultura.

Paso 3:

Posteriormente, indíqueles que usted va a tocarle el hombro a cada una y que en ese momento deben decir nuevamente la palabra o frase y descongelarse. Anote cada palabra o frase en un papelógrafo.

Paso 4:

Nuevamente, pídales que caminen en diferentes direcciones, moviéndose en el espacio y entrando en contacto con sus corazones, los escuchen. Que se pregunten cómo se sienten esos corazones en estos momentos, si hay sensaciones y emociones presentes que les hacen sentirse de una u otra manera.

Paso 5:

Sin dejar de caminar, pídales que busquen una palabra o frase y una expresión corporal o escultura que exprese cómo se siente ese corazón y que al dar usted una palmada digan la frase y se congelen.

Paso 6:

Nuevamente , indíqueles que usted va a tocar a cada una y que en ese momento deben decir nuevamente la palabra o frase y descongelarse. Anote cada palabra o frase en un papelógrafo.

Paso 7:

Pídales que observen el papelógrafo y que identifiquen las sensaciones y sentimientos que estuvieron presentes en el grupo y por qué creen que se sienten así.

c.2 Expectativas que traemos y se hacen colectivas

Esta técnica permite hacer un ejercicio de resonancia grupal en la cual los sentimientos y expectativas personales se convierten en parte del sentir grupal. Esta técnica se aplica por lo general al inicio de una sesión.

Paso 1:

Pídales que caminen en diferentes direcciones, moviéndose en el espacio y que entren en contacto con sus cuerpos, sus emociones y sus sentimientos y luego piensen como se sienten viniendo al grupo y que expectativa traen.

Paso 2:

Sin dejar de caminar, pídales que busquen una palabra o frase y una expresión corporal o escultura que exprese dichos sentimientos y expectativa. A una palmada todas(os) deben decirla en voz alta y congelarse.

Paso 3:

Posteriormente pídale a cada una que repetía su palabra o frase y su gesto. Una vez que la repite, las demás participantes deben repetir esa frase e imitar el gesto. Cuando todas lo hayan hecho coménteles que ahora todas compartimos las mismas expectativas y que nos acompañarán durante el espacio grupal de ese día. Refuércelos el concepto de que en el grupo la consigna debe ser UNA PARA TODAS Y TODAS PARA UNA.

d. Actividades para generar cohesión grupal**d.1 Compartiendo algo creativo sobre el proceso**

Esta dinámica puede ser utilizada dentro del proceso de grupo entre una actividad u otra, para que las participantes fuera del espacio grupal puedan elaborar su propio proceso de manera creativa y apropiarse de conocimientos y reflexiones que se hayan producido en el mismo.

Paso 1:

Al finalizar una sesión, invite a las participantes a que escriban, pinten o piensen en algo que desean traer al grupo para compartir con las demás. Pueden ser también sueños que tengan y que les haya hecho pensar en el grupo.

Paso 2:

En la sesión siguiente, pídales que se sienten en círculo, pregúnteles si alguna ha traído algo al grupo, e indíqueles que lo coloquen en el centro del círculo. Si lo que traen son sueños, invítelas a que lo pongan en forma simbólica o con un gesto.

Paso 3:

Solicite a cada una de las personas que trajo algo, siguiendo el orden en que fueron colocados, lo muestre al grupo y lo comparta. Promueva los aplausos y haga explícito su reconocimiento y el del grupo por el esfuerzo y la creatividad mostrada.

d.2 Los regalos

Esta técnica busca el intercambio de afectos dentro del grupo de manera que se vayan fortaleciendo los lazos y vínculos entre las personas participantes.

Paso 1:

Haga un círculo con las participantes . Pídales que cada una piense en algo que quiere regalarle al grupo y que le gustaría que las compañeras le regalasen.

Paso 2:

Posteriormente, pídales que cada una conforme vaya sintiendo el deseo, pase al centro del círculo y le entregue su regalo al grupo y luego haga su petición señalando que quiere que el grupo le regale. Pídale al resto del grupo que le de el regalo solicitado de la forma en que quieran o según lo haya pedido la(el) compañera(o). Por ejemplo si pide amistad es bueno pedirle al grupo que busque una forma de expresársela; por medio de un abrazo colectivo, una frase de apoyo, una escultura, o cualquier otra forma creativa. De oportunidad de que todas pasen al centro del círculo.

d.3 Dibujo colectivo

Con esta técnica se logra utilizar otro tipo de recurso expresivo en la cual hay un momento de elaboración individual y otra de integración grupal. Es una técnica utilizada como calentamiento al inicio de una sesión en la mitad del proceso. Permite ver resonancias entre las personas participantes, y preocupaciones comunes. Este calentamiento muchas veces permite orientar a las facilitadoras en torno a la temática que se puede dramatizar posteriormente.

Paso 1:

Extienda una papelógrafo de suficiente tamaño en el piso y coloque marcadores de colores. Solicite de las participantes que se coloquen alrededor del papel y pídale que cada una haga un dibujo de cómo viene al grupo, cómo se ha sentido o se siente ese día en el grupo. Recuérdeles que no es un concurso de pintura, sino una forma más de poder expresarse, por tanto no habrán dibujos más lindos que otros. Ánimelas a empezar.

Paso 2:

Pídale a aquellas personas que van terminando su dibujo, que piensen en un nombre para su dibujo y que lo escriban al lado o encima del mismo. Luego solicíteles que se levanten en silencio y caminen alrededor del papel, observando los dibujos de las otras(os) compañeras(os). Solicíteles que busquen en los dibujos de las demás aspectos que sienten tienen relación con sus dibujos e invítelas a buscar formas de enlazarlos, puede ser a través de líneas. Espere que todas las participantes tengan chance de hacer lo anterior.

Paso 3:

Cuando todas hayan terminado, invítelas a que compartan y hablen sobre sus dibujo y las interacciones que establecieron con otros dibujos.

Paso 4:

Para cerrar, forme dos subgrupos y pídale que piensen en un mensaje que les gustaría dirigir a la sociedad sobre la importancia y significado del auto cuidado y que lo escriban en una frase en otro papelógrafo.

e. Juegos de creatividad y de auto conocimiento

e.1 Animales de la selva:

Esta técnica permite explorar las identificaciones de las personas participantes. También constituye una técnica de calentamiento que promueve un espacio lúdico y de expresión corporal que prepara para el cambio de roles.

Paso 1:

Solicíteles que busquen un espacio dentro del aula o salón donde se sientan cómodas(os), que busquen una postura relajada y cierren los ojos. Es conveniente utilizar una música de

fondo que reproduzca sonidos de la naturaleza. Invíteles a imaginar que están en una selva tropical y que son un animal que habita en ella. Luego pídales que habrán los ojos y que se desplacen por el espacio imitando los movimientos de ese animal. De tiempo para que cada participante vaya perdiendo las inhibiciones y se introduzca en la expresión corporal. Si hay mucha inhibición, acompañe con palabras que inviten al juego.

Paso 2:

Pídales que miren a su alrededor y que intenten interactuar y comunicarse con los otros animales, a su vez que incorporen el sonido que emite el animal seleccionado. De tiempo para que se de la interacción.

Paso 3:

Indíqueles que se aproxima una tormenta tropical. Es conveniente que la música de fondo reproduzca sonidos de lluvia. Propóngales que cada animal busque refugio hasta que pase la tormenta.

Paso 4:

Una vez que las(os) participantes encuentren su refugio, dígales que ya es hora de volver de la selva para integrarse al espacio real. Pídales que nuevamente busquen un lugar cómodo y cierren los ojos y que antes de volver es importante que cada quien se despida del animal que eligió.

Paso 5:

Luego de un rato en silencio, pídales que abran los ojos y solicíteles que se sienten en círculo para que cada una(o) comparta con el grupo cual fue el animal elegido, por qué lo eligió y como se sintió jugando a ser ese animal. En un papelógrafo apunte el animal y el nombre de la persona que lo eligió. Al finalizar la ronda, permítales que observen el papelógrafo e intenten analizar cuáles animales fueron más seleccionados y como fue la interacción entre ellos.

Paso 6:

Pídales que se agrupen como si fueran esos animalitos por afinidad. Luego que en cada grupo inventen un mensaje para el auto cuidado que estos animalitos les dirían a las personas que trabajan en violencia intra familiar. Después pídales que lo compartan con el resto del grupo. Promueva los aplausos por cada mensaje dado.

e.2 Representación a través de objetos

Al igual que la anterior técnica, se busca jugar nuevas representarse de si mismo. En esta técnica está más presente la elaboración simbólica y el hablar desde otro lugar.

Paso 1:

Sentadas (os) en círculo, pídale a las (os) participantes que piensen en un objeto que lleven consigo o se encuentre en el espacio y que por alguna razón les resulte significativo y represente como vienen hoy al grupo. Luego indíqueles que lo coloquen en el centro del círculo.

Paso 2:

Indíqueles que cada una va a pasar y va a hacer un cambio de roles con el objeto, de manera que éste sea quien hable y nos cuente como se siente su dueña y por qué le escogió. Por ejemplo: Si una compañera colocó un anillo se va a levantar toma el anillo y en voz alta va a decir: Yo soy el anillo de... y ella me escogió por ... y mi dueña se siente... Permita que todas lo hagan de acuerdo a como van sintiendo el deseo de pasar al centro.

e.3 Personajes significativos

En esta técnica también se trabajan las identificaciones y ayudan a ver cuales son los ideales que guían las personas que integran el grupo. Esto se aprovecha para contrastarlos con la forma como se asume la tarea de atención a la violencia intra familiar. Si los ideales muestran una gran auto exigencia, esta técnica permite tomar conciencia de ello y elaborarlo.

Paso 1:

Pídale al grupo que en silencio, camine por el espacio en distintas direcciones encontrando su propio ritmo interior. Luego señale, que cada una piense en un personaje con el que por alguna razón se identifica. Puede ser un personaje famoso o una persona que aunque no es famosa resulta significativa en sus vidas.

Paso 2:

Cuando cada uno tienen el personaje escogido, sin decir de quien se trate, pídales que busquen cómo podrían representarlo corporalmente y que lo hagan.

Paso 3:

Hágales imaginar que están en una reunión social o fiesta y que van a presentarse y a relacionarse entre sí. De oportunidad de que puedan conversar con varios personajes.

Paso 4:

Pídales que se sienten en semicírculo, coloque dos sillas en frente. Indíqueles que con forme sientan deseos van a pasar adelante, se van a sentar en una silla que es la del personaje y como tal se van a presentar al grupo (quién es, a que se dedica, etc). Posteriormente, se van a pasar a la otra silla donde cada uno recupera su identidad y allí cada una desde sí va a explicar al grupo brevemente por qué escogió ese personaje. Finalmente van a pasar a la silla del personaje escogido y van a hablar como el personaje sobre que piensan de esa persona que les escogió de cómo la ven en ese momento y que le dirían.

Paso 5:

En círculo solicíteles que compartan como se sintieron y que elementos y características del personaje escogido creen que tienen relación con la elección de su carrera, con el hecho de que estén trabajando en violencia intra familiar. Además que sintieron escuchando a las otras personas del grupo.

f. Actividades para recuperar la historia

f.1 Recorrido por los momentos vividos

Esta técnica facilita el reconocimiento de las fortalezas adquiridas a lo largo de la historia en la atención a la violencia intra familiar. Permite visualizar la experiencia adquirida y ver en perspectiva en que momento del camino se ubica cada persona, tratando de detectar procesos de desgaste y desmotivación. Esta técnica se utiliza cuando ya el grupo ha logrado integrarse, se ha desarrollado una confianza básica y se puede avanzar hacia el análisis de la tarea que se desempeña en al interior de la institución.

Paso 1:

*Pídale al grupo forme un semicírculo y coloque 3 sillas vacías delante de ellas. Indíqueles que van a hacer el recorrido histórico de los distintos momentos que han vivido trabajando en violencia intra familiar para ello una silla va a representar **Al Empezar**. La otra **A la mitad** y la última **El Ahora**.*

Paso 2:

Pídales que cómo vayan sintiendo el deseo, pasen y se sienten en cada una de ellas y hagan un soliloquio de lo que representó cada uno de esos momentos, que traten de identificar sus emociones y sentimientos. Vaya anotando en su cuaderno aspectos que le parezca importante rescatar en el cierre.

Paso 3:

A partir de lo que las participantes sacaron fuera, permítales que reflexionen sobre lo que sintieron oyendo a las compañeras. Las cosas comunes y los ciclos que se repiten en la historia de todas. Complemente el análisis con información sobre el síndrome del burnout y la traumatización vicaria. Promueva el reconocimiento de la experiencia adquirida y las estrategias aprendidas para sobrellevar la tarea sin desgaste.

Paso 4:

Cierre con una actividad que refuerce la unión y el compromiso del grupo puede ser a través de una canción que en círculo canten juntas.

f.2 Las deserciones en los equipos de trabajo

Con esta técnica se busca elaborar las pérdidas en los equipos de trabajo, que por lo general han quedado silenciadas o producen gran malestar en las personas que trabajan en violencia intrafamiliar. También permite elaborar sentimientos encontrados en torno a seguir trabajando en esta tarea y recuperar las fuerzas para seguir adelante.

Paso 1:

Coloque una silla vacía delante del grupo. Indíqueles que esa silla va a representar personas (compañeras y compañeros) que estuvieron en algún momento trabajando en sus equipos de atención a la violencia intrafamiliar y que por alguna razón se fueron. Pídales que piensen en alguna de esas personas que se fue y que era significativa en sus vidas, o bien a la cual les gustaría decirle algo que a lo mejor no pudieron decirle, de la cual no pudieron despedirse o bien que siguen extrañando, o sintiendo algo que a lo mejor no pueden explicar.

Paso 2:

Indíqueles que conforme surja el deseo, aquellas que lo necesiten, pueden pasar adelante y hablar con esa persona que simbólicamente estará sentada en la silla. Además que pueden hacer cambio de roles con esa persona. Permita que vayan pasando conforme lo desean y acompañe de cerca a cada persona por si requieren de apoyo en la expresión de sentimientos. Si lo considera necesario puede trabajar pequeños cambios de roles donde otras compañeras del grupo pueden apoyar. Cada una de las personas que participen cerrará su conversación con la persona o las personas imaginadas, pidiéndoles que retornen al equipo o despidiéndose de ellas, según cada cual sienta que desea hacerlo.

Paso 3:

Abra un espacio para compartir los sentimientos que surgieron en las demás personas del grupo conforme participaban sus compañeras(os). Es importante que se expresen los temores personales al igual que los deseos de abandonar el trabajo o que compañeras(os) de los equipos respectivos lo hagan. Cierre esta reflexión realizando un pequeño ritual en el cual cada participantes exprese en voz alta su decisión de renovar o no su contrato y compromiso personal con la tarea de la atención a la violencia intra familiar. Pídales que además agreguen a su contrato lo que necesitan para permanecer en mejores condiciones y cómo lucharán para obtenerlo.

g. Actividades para reflexionar en torno al rol profesional**g.1 El parto**

Es un ejercicio lúdico que por lo general disfrutan mucho las(os) participantes y por ello es un excelente ejercicio de calentamiento. A su vez, facilita el análisis de las propias actitudes frente a la tarea que se realiza en los servicios.

Paso 1:

Inicie informándoles que van a recrear un parto. Para ello cada participante debe elegir que papel desea jugar en ese parto. Indíqueles que hay tres opciones: ser parte del cuerpo de la madre, ser el bebé que nace o ser una persona que atiende el parto.

Paso 2:

Una vez que cada cual haya elegido, pídales que se pongan de acuerdo y construyan entre todas la escena. Las personas que eligieron ser parte del cuerpo de la madre deben armar el cuerpo y albergar a quienes eligieron ser bebés. Las personas que asistirán el parto elegirán como colocarse frente al mismo. Pídales que dramatizen el momento del parto.

Paso 3:

Posteriormente, solicíteles que cambien de rol. Por ejemplo que las que fueron mamá ahora sean bebés y las que fueron bebés personas que atienden. Permítales que escojan que rol quieren hacer. Y que nuevamente dramatizen un nuevo parto.

Paso 4:

Vuelva a pedirles que hagan un parto donde cada una juegue un rol que todavía no ha hecho.

Paso 5:

Pídales que se sienten en círculo y que comenten cómo se sintieron en cada uno de esos roles, cuál les gustó más o se

sintieron más cómodas, cuál menos y por qué. Posteriormente, invítelos a relacionar lo vivido en los tres parto con su experiencia de trabajo en violencia intra familiar.

g.2 La gabacha

Esta técnica permite revisar las sensaciones que tiene el personal de salud frente al rol asignado por la institución y detectar que aspectos le resultan fuente de sobre carga y estrés a nivel personal.

Paso 1:

Pida al grupo que se siente en semicírculo y frente a éste, coloque una gabacha en una silla vacía. Invite a cada una(o) a acercarse a la gabacha y jugar a ponérsela y quitársela. Al ponérsela pídale que hagan un soliloquio en el cual expresen como se sienten con la gabacha puesta y luego que se la quiten y hagan otro soliloquio en relación a como se sienten sin ella.

Paso 2:

Una vez que todas(os) hayan pasado, solicite al grupo que todas(os) se levanten y den vuelta alrededor de la gabacha y cada una piense en una palabra o frase que exprese su sentimiento hacia la gabacha. Pídale que cada una (o) lo diga en voz alta. Luego pídale que como grupo decidan que desean hacer con la gabacha y que lo dramaticen.

Paso 3:

Pida al grupo que forme un círculo e invíteles a reflexionar sobre los diferentes sentimientos que les evocó el ejercicio y cómo pueden enfrentar juntas estas sensaciones al interior de los servicios de salud.

h. Actividades para trabajar situaciones difíciles

h.1 La foto

Esta técnica permite trabajar las situaciones que producen estrés en el personal de salud a través del compartirlas con otras, encontrar similitudes y luego elaborarlas. Por lo general produce en las personas participantes muchas emociones, lo que permite un trabajo grupal más intenso.

Paso 1:

Pídale al grupo que en silencio, camine por el espacio en distintas direcciones encontrando su propio ritmo interior. Luego, que piense una situación vivida en la atención de la violencia intra familiar en la cual no se sintió bien, le resultó difícil de manejar o no quedó satisfecha(o) con su trabajo. De tiempo para que las(os) participantes se concentren y ubiquen esa situación en sus mentes.

Paso 2:

Pídales que traten de tomar una fotografía de esa situación e imaginen que esa fotografía la tienen en la palma de la mano derecha. Mientras caminan, busquen una persona del grupo con quien quieren compartir la situación que retrata la foto. Una vez ubicadas en parejas, una de las personas enseñará a la otra su foto y le contará sobre la situación fotografiada, mientras ésta le escucha atentamente. Una vez que haya terminado de contar su situación, quien escucha enseñará a su compañera(o) su foto y le hablará de ella. De un tiempo corto para el intercambio y luego pida que cambien de pareja y repitan el ejercicio. (Se puede solicitar varios cambios de pareja, se recomienda que sean por lo menos tres).

Paso 3:

Solicítele a cada una que le pongan un nombre a su foto. Luego pida que cada una diga en voz alta el nombre de su foto y anótelos en un papelógrafo.

Paso 4:

Ahora pídales que cada una(o) piense en una palabra o una frase que sintetice la situación que mayor impresión le produjo de las historias escuchadas. Solicíteles que lo digan en voz alta y anótelos en un papelógrafo. Junto con el grupo intente agrupar las temáticas y sentimientos que surgen de esta última impresión, y asígnele nombre a cada grupo (pueden ser duelos no concluidos, impotencia, lo inesperado, etc) Posteriormente pídales que cada una(o) elija en cual grupo piensa que calza mejor su fotografía y pídales que se agrupen según esa afinidad.

Paso 5:

Indíqueles que cada subgrupo compartirá y analizará las situaciones asociadas al tema y su elección del mismo a partir de la situación retratada en su foto. Luego elegirán una situación que les parezca importante o una síntesis de la reflexión del subgrupo y la compartirán con el resto del grupo a través de una dramatizar o una escultura de la misma. De tiempo para que se organicen y si desean ensayen lo que presentarán al grupo.

Paso 6:

Pídales que se presenten y proponga al resto del grupo que al finalizar cada una sugieran cambios a la mismas donde el resto del grupo puede apoyar ya sea moldeando las esculturas o bien haciendo cambio de roles en las dramatizaciones. Esto debe ayudar a visualizar otras formas de intervenir donde puedan sentirse mejor y a través del cambio de roles, encontrar los lugares donde se sienten más cómodas, identificar donde está el poder y recuperar las propias fuerzas transformadoras.

Paso 7:

En círculo permítale a las participar expresar cómo se sintieron trabajando alrededor de las fotos y los sentimientos expresados.

h.2 La gran oreja

Esta técnica es muy importante para el trabajo en auto cuidado, pues permite trabajar el impacto de la atención a la violencia intra familiar en las personas que ofrecen apoyo. Con ella, se intenta recuperar el análisis del traumatismo vicario. Es conveniente utilizarla cuando ya se ha construido cierto nivel de confianza al interior del grupo.

Paso 1:

Explíquelo al grupo que entre todas(os) van a recrear la atención a situación de violencia intra familiar. Para ello se van a formar tres grupos. Uno va a representar la oreja que escucha, otro va a ser la boca a través de la cual las personas hablan de las situaciones de violencia intra familiar que están viviendo y otro grupo lo conformarán las personas que son testigos de las situaciones.

Paso 2:

Pídeles que cada uno elija en que grupo desea estar. Luego díales que el grupo de las orejas van a construir entre todas(os) una gran oreja y el grupo de la boca va a ser una gran boca. El grupo de los testigos van a formar un gran testigo y se van a mantener callados observando la situación. Una vez organizados, solicite a cada grupo que ocupe su lugar y pida a la boca que hable. Quien conforman la oreja deben escuchar con atención tratando de ver las imágenes internas y sensaciones que les produce lo que está escuchando. Los testigos también deben observar sin hablar lo que la gran boca dice e interpretar con el cuerpo los sentimientos que evocan las historias en ese testigo.

Paso 3:

Una vez que cada cual ha podido vivir la experiencia, pida un cambio de papeles, las personas que eran testigos van a ser boca, los que eran boca van a ser oreja y los que eran oreja van a ser testigos. Más tarde se volverá a hacer cambio de papeles hasta que todas las personas hayan vivido los diferentes papeles.

Paso 4:

Pida al grupo que hagan una ronda y de espacio para que expresen como se sintieron en cada uno de esos papeles y como lo viven en su trabajo, cómo les afecta.

i. Actividades para reflexionar sobre los equipos de trabajo

i.1 Como son nuestros equipos de atención

Esta técnica permite intercambiar experiencias en torno a los equipos de trabajo y encontrar aspectos comunes.

Paso 1:

Forme subgrupos de no más de seis personas e indíqueles que van a conversar sobre como funcionan sus equipos de trabajo con violencia intra familiar. Qué debilidades y fortalezas tiene, cómo se sienten dentro de los mismos y luego pídale que piensen como construirían una escultura o estatua que represente las principales características de esos equipos.

Paso 2:

Pídale que compartan con el resto del grupo sus reflexiones haciendo la representación de la escultura o estatua sin explicar nada previamente. Indíquele al grupo que deben estar atentas para descifrar que es lo que representan.

Paso 3:

Pídale al grupo que exprese que entiende de cada una. Luego dígle al subgrupo que explique que quisieron comunicar y después que le ponga un nombre a esa estatua o dramatización.

Paso 4:

Con cada presentación, pídale que congelen la estatua y solicítele al resto del grupo que imagine que cosas cambiaría de esa escultura para que el equipo funcione bien, ello reconociendo elementos internos y externos que afectan ese funcionamiento. Invite a que la persona que lo desee a realizar los cambios en la escultura. Finalmente pregúntele al grupo que está siendo moldeado cómo se siente y si hay algo más que quisieran cambiar.

Paso 5:

En círculo, reflexione con el grupo sobre cómo se sintieron durante la actividad y que lograron aprender.

j. Actividades para el reconocimiento de nuestras necesidades

j.1 Construcción del sol de los auto regalos.

Esta técnica permite a cada participante tomar conciencia de sus necesidades y asumir una actitud activa hacia el auto cuidado. Esta técnica es por lo general utilizada al finalizar una sesión y permite establecer cierta continuidad de sesión a sesión.

Paso 1:

De antemano, prepare un círculo amarillo que represente un sol y trozos de cartulina para que sean los rayos. Pídale a cada una que piense en algo que le gustaría regalarse a sí misma para fortalecer su auto cuidado durante los días en que el grupo no se reunirá.

Paso 2:

Entrégueles un rayo a cada una para que escriban en él su autoregalo. Luego pídales que vayan pasando una por una y compartan lo que se comprometen a regalarse y que lo peguen alrededor del sol.

Cierre deseándoles éxito en sus compromisos y deseos de auto cuidarse. Recuérdeles que el sol es energía y vida, que representa la energía y la vida de cada una en su derecho a sentirse cuidada y “chineada” por sí misma.

j.2 Fantaseando un lugar donde quiero ir.

Esta es una técnica que facilita el ejercicio de la imaginación y permite recrear espacios posibles de relajación y recuperación del placer. Ésta puede reproducirse en momentos de estrés como un recurso para aliviar tensiones. Es conveniente utilizarla cuando el grupo se ha movilizadado mucho afectivamente en alguna técnica dramática anterior.

Paso 1:

Solicítele al grupo que cada quien busque un lugar donde pueda acostarse cómodamente. Pídales que cierren los ojos he imaginen un lugar donde le gustaría estar, que les permitiría chinearse, quererse y sentirse feliz con su cuerpo y con su corazón. Que imaginen que están en ese lugar, vean el lugar, si están solas o acompañadas que cosas lindas están haciendo y como se sienten allí. Puede utilizar música de fondo. Dé un ratito para que puedan fantasear.

Paso 2:

Luego, pídales que en voz alta y sin abrir los ojos nos cuenten donde están cada una(o), que están haciendo y cómo se sienten. Solicíteles que regresen al espacio grupal y que abran sus ojos.

Paso 3:

Invítelas(os) a que se agrupen a partir de las similitudes en los lugares que visitaron y de las actividades que realizaron, y propóngales jugarlas y recrearlos simultáneamente.

Paso 4:

Haga una ronda en la cual expresen como se sintieron chineándose a si mismas y fantaseando. Invítelas a pensar en algo que cada una podría hacer o comprometerse a hacer para lograr su auto cuidado, considerando las posibilidades reales que tienen, y que lo compartan con las demás personas del grupo.

k. Actividades para la evaluación del proceso

k.1 El espejo

Esta técnica permite que cada participante logre sintetizar la experiencia vivida a lo largo del proceso grupal, con ello señalar los cambios vividos y las cosas que quedan pendientes por trabajar. Es conveniente utilizarla al finalizar un bloque de sesiones o al final de las doce sesiones programadas.

Paso 1:

*Pida al grupo que forme un semicírculo. Ponga dos sillas delante. Explíqueles que una silla va a representar el **Antes** del proceso grupal y la otra el **Ahora**. Coloque un espejo en la primera silla e indíqueles que van a utilizar el espejo para mirar su imagen como si se vieran a si mismas (os) en los diferentes momentos. Cada una de las participantes pasará por las sillas y realizará un soliloquio mirándose al espejo. Expresará en la primera silla cómo me sentía y se miraba a si misma al llegar por primera vez al grupo. Luego se sentará en la segunda silla y mirándose al espejo tratarán de hacer un soliloquio de cómo se mira a si mismas ahora y como se siente después de haber atravesado la experiencia grupal. Invítelas a iniciar de acuerdo a como sientan el deseo y de tiempo para que todas lo hagan. Luego pase usted como facilitadora y realice también la actividad, igual que el resto del grupo, es conveniente que su participación sea la última y que aproveche para devolverle al grupo su percepción sobre el proceso. Lo mismo si hay otra persona facilitando o apoyando en el desarrollo metodológico del mismo.*

Paso 2:

Posteriormente haga un círculo y permítales que compartan sobre aquello que creen se ha ido transformando mediante el proceso dentro de ellas y que las enriquece grupalmente.

Esperamos que este material sea de gran utilidad para todas aquellas personas que defienden la urgencia de humanizar los servicios de salud y que saben que para ello es necesario recuperar, validar y defender la propia humanidad en el personal de salud.

Canciones y poemas

GRACIAS A LA VIDA

Violeta Parra

*Gracias a la vida que me ha dado tanto
me dio dos luceros que cuando los abro
perfecto distingo lo negro del blanco
y en el alto cielo su fondo estrellado
y en las multitudes el hombre que yo amo.*

*Gracias a la vida que me ha dado tanto,
me ha dado el oído que, en todo su ancho,
graba noche y día, grillos y canarios,
martillos, turbinas, ladridos, chubascos
y la voz tan tierna de mi bien amado.*

*Gracias a la vida que me ha dado tanto,
me ha dado el sonido y el abecedario;
con él las palabras que pienso y declaro:
madre, amigo, hermano y luz alumbrando
la ruta del alma del que estoy amando.*

*Gracias a la vida que me ha dado tanto,
me ha dado la marcha de mis pies cansados;
con ellos anduve ciudades y charcos,
playas y desiertos, montañas y llanos,
y la casa tuya, tu calle y tu patio.*

*Gracias a la vida que me ha dado tanto,
me dio el corazón que agita su marco
cuando miro al fruto del cerebro humano
cuando miro al bueno tan lejos del malo
cuando miro al fondo de tus ojos claros.*

*Gracias a la vida que me ha dado tanto,
me ha dado la risa y me ha dado el llanto,
así yo distingo dicha de quebranto,
los dos materiales que forman mi canto,
y el canto de ustedes que es el mismo canto
y el canto de todos que es mi propio canto.*

Gracias a la vida

TODO CAMBIA

Julio Numhauser

*Cambia lo superficial
cambia también lo profundo
cambia el modo de pensar
cambia todo en este mundo*

*Cambia el clima con los años
cambia el pastor su rebaño
y así como todo cambia
que yo cambie no es extraño*

*Cambia el más fino brillante
de mano en mano su brillo
cambia el nido el pajarillo
cambia el sentir un amante*

*Cambia el rumbo el caminante
aunque esto le cause daño
y así como todo cambia
que yo cambie no es extraño*

*Cambia todo cambia
cambia todo cambia*

*Cambia el sol en su carrera
cuando la noche subsiste
cambia la planta y se viste
de verde la primavera*

*Cambia el pelaje la fiera
cambia el cabello el anciano
y así como todo cambia
que yo cambien no es extraño*

*Pero no cambia mi amor
por más lejos que me encuentre
ni el recuerdo ni el dolor
de mi pueblo y de mi gente*

*Lo que cambio ayer
tendrá que cambiar mañana
así como cambio yo
en esta tierra lejana*

*Cambia todo cambia
cambia todo cambia*



INSTANTES

Jorge Luis Borges

*Si pudiera vivir nuevamente mi vida
en la próxima trataría de cometer más errores
no intentaría ser tan perfecto, me relajaría más,
sería más tonto de lo que he sido.*

*De hecho, tomaría muy pocas cosas con seriedad,
sería menos higiénico,
correría más riesgos, haría más viajes,
contemplaría más atardeceres,
subiría más montañas, nadaría más ríos,
iría a más lugares donde nunca he ido.*

*Comería más helados y menos habas,
tendría más problemas reales y menos imaginarios,
Yo fui una de esas personas
que vivió sensata y prolíficamente cada minuto de su vida.*

*Claro que viví momentos de alegría,
pero si pudiera volver atrás,
trataría de tener solo buenos momentos,
por si no lo saben, de eso está hecha la vida,
solo de momentos, no te pierdas el ahora.*

*Yo era de esos que nunca iban a ninguna parte
sin termómetro, una bolsa de agua caliente,
un paraguas y un paracaídas.*

*Si pudiera volver a vivir, viajaría más liviano,
si pudiera volver a vivir,
comenzaría a andar descalzo a principios de la primavera
y seguiría así hasta el otoño,
daría más vueltas en calesita,
y jugaría más con niños,
si tuviera otra vez la vida por delante
pero ya ven, tengo 85 años y me estoy muriendo.*

SOLO LE PIDO A DIOS

León Gieco

*Solo le pido a Dios
que el dolor no me sea indiferente
que la resaca muerte no me encuentre
vacía y sola sin haber hecho lo suficiente*

*Solo le pido a Dios
que lo injusto no me sea indiferente
que no me abofeteen la otra mejilla
después que una garra me arañó esta suerte*

*Solo le pido a Dios
que la guerra no me sea indiferente
es un monstruo grande y pisa fuerte
toda la pobre inocencia de la gente
es un monstruo grande y pisa fuerte
toda la pobre inocencia de la gente*

*Solo le pido a Dios
que la guerra no me sea indiferente
si un traidor puede más que unos cuantos
que esos cuantos no lo olviden fácilmente*

*Solo le pido a Dios
que el futuro no me sea indiferente
desahuciado está el que tiene que marchar
para vivir una cultura diferente*

*Solo le pido a Dios
que la guerra no me sea indiferente
es un monstruo grande y pisa fuerte
toda la pobre inocencia de la gente
es un monstruo grande y pisa fuerte
toda la pobre inocencia de la gente*



COMO LA CIGARRA

María Elena Walsh

*Tantas veces me mataron
tantas veces me morí
sin embargo estoy aquí resucitando*

*Gracias doy a la desgracia
y a la mano con puñal
porque me mató tan mal
y seguí cantando*

*Cantando al sol como la cigarra
después de un año bajo la tierra
igual que sobreviviente
que vuelve de la guerra*

*Tantas veces me borraron
tantas desaparecí
a mi propio entierro fui
sola y llorando*

*Hice un nudo del pañuelo
pero me olvidé después
que no era la única vez
y seguí cantando*

*Cantando al sol como la cigarra
después de un año bajo la tierra
igual que sobreviviente
que vuelve de la guerra*

*Tantas veces te mataron
tantas resucitarás
cuantas noches pasarás desesperando
y a la hora del naufragio
y de la oscuridad
alguien te rescatará
para ir cantando*

*Cantando al sol como la cigarra
después de un año bajo la tierra
igual que sobreviviente
que vuelve de la guerra*

HONRAR LA VIDA

*No, permanecer y transcurrir
no es perdurar
no es existir
ni Honrar la vida*

*Hay tantas maneras de no ser,
tanta conciencia sin saber adormecida.
Merecer la vida no es callar y consentir
tantas injusticias repetidas*

*Es una virtud, es dignidad
y es la actitud de identidad más definida
Eso de durar y transcurrir
no nos da derecho a presumir,
porque no es lo mismo vivir
Honrar la vida*

*No, permanecer y transcurrir
no siempre quiere sugerir
Honrar la vida
Hay tanta pequeña vanidad
en nuestra tonta humanidad enceguecida.*

*Merecer la vida es erguirse vertical
más halla del mal de las caídas,
es igual que dar a la verdad
y a nuestra propia libertad la bienvenida.*

*Eso de durar y transcurrir,
no nos da derecho a presumir,
porque no es lo mismo que vivir
Honrar la vida*



Bibliografía

- Alcaldía de Manizales, Secretaria de Salud, Dirección Local de Salud y ASBASALUD. Promoción y protección de la salud: ciudades saludables. Centro de Comunicación Social en Salud. Universidad Católica de Manizales. Colombia: 1994.
- American Psychological Association. Violence and Family. Report of the APA presidential task force on Violence and the Family. U.S.A., 1996.
- American Psychological Association (APA) Help Center. "The Stress Solution" – Lyle H. Miller, Ph.D. and Alan Dell Smith, Ph.D. American Psychological Association, 1997.
- Arnot OGDEM Medical Center. "Self Care: Burnout". Internet.
- Augsburger, Ana C. y Sandra Gerlero. La epidemiología en salud mental: un maltrato recurrente. En "Salud Mental: época y subjetividad". Homosapiens Ediciones. Argentina, 2000.
- Bass, David. "Surfacing after burnout". British Medical Journal. January 22, 2000.
- Belgum, Deborah. "Stress, horror of job mean a high level of burnouts". Los Angeles Business Journal. November 8, 1999.
- Bello, María Carmen Bello. Introducción al Psicodrama. Editorial Colibrí. México, 2000.
- Binder, Alberto. La sociedad fragmentada". Nueva Sociedad. Caracas, Enero, 1991.
- Brenes, Arnoldo y otros. Algunos referentes teóricos para la matriz generadora del modelo integral de educación para la paz, la democracia y el desarrollo sostenible. Universidad para la Paz, agosto, 1995.
- Bynum, W.F. y otros. Diccionario de Historia de la Ciencia. Editorial Herder, Barcelona, 1986.
- Canada Policy Research Initiative. Social Capital Workshop: concepts, measurement and policy implications. PRI Project Social Capital as a Public Policy Tool. Canada, June 2003.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) Consulta a expertas en torno a necesidades de auto cuidado. Taller Nacional de Coordinadores de los Equipos de Atención a la Violencia Intra familiar en el nivel regional y local. Hotel Balmoral. Abril, 2001
- Caja Costarricense de Seguro Social. Plan de Atención a la Salud de las Personas (P.A.S.P. 2001-2006). Costa Rica. Mayo 2001.

- Castillo, Alcira. La Salud como “Campo”. En Antología: La animación sociocultural y su praxis en la construcción de la salud colectiva. Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica, 2001.
- Catford, John. Auditoria de la Promoción de la salud: cuales son los signos vitales para su calidad? Boletín de la OPS-OMS. División de Promoción y Protección de la salud, Washington D.C. 1994.
- Costa Rica. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2002-2006. San José, Costa Rica, 2003
- Costa Rica. Ministerio de Salud. Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006: diez compromisos del Sector Salud. San José, Costa Rica, 2003
- Flores, Mercedes. Proyecto de investigación: “Cuando se quiebra el imperio de la razón: análisis psicosocial sobre la insania mental femenina en Costa Rica entre 1890-1910” Maestría en Psicología, Sistema de estudios de posgrado. Universidad de Costa Rica. 2002.
- Foucault, Michel. Hermenéutica del sujeto. Editorial Altamira, Argentina, 1996.
- Galende, Emiliano. Prólogo. En “Prevención en Salud Mental: escenarios actuales”. Lugar Editorial. Argentina, 2002.
- Guinsberg, Enrique. Normalidad, Conflicto Psíquico, Control Social: sociedad, salud y enfermedad. Plaza y Valdés Editores. México: 1990.
- Kait, Gabriela. Orientación en Salud Mental. En “Salud Mental: época y subjetividad”. Homosapiens Ediciones. Argentina, 2000.
- Last, John. Public Health and Human Ecology. Appleton & Lange. USA : 1998.
- León, Osvaldo y otros. La sociedad en red: nuevas lógicas organizativas. En “Movimientos sociales en la Red”. ALAI, septiembre, 2001.
- MacDonald, Jessica. Propuesta de Modelo de Auto Cuidado dirigido al personal de salud que atiende personas afectadas por la violencia intra familiar. OPS/PAIVIF- CCSS. Febrero, 2002
- MacDonald, Jessica. Memoria de Taller: Fortalecimiento del trabajo de gestión de la salud en red para la atención integral de las mujeres. Instituto Nacional de las Mujeres. Marzo, 2002.
- MacDonald, Jessica. Experiencia piloto de trabajo grupal para el auto cuidado del personal de salud que atiende personas afectadas por la violencia intra familiar. OPS/PAIVIF- CCSS. Junio, 2002
- MacDonald, Jessica. Promoción de la Salud Mental en la atención integral a la violencia intra familiar: una propuesta de Marco Conceptual. OPS/MS. Octubre, 2003.

Matrajt, Miguel. La Salud Mental Pública. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México, 1992.

Méndez Puig, Mirta. Prevención y violencia: dos conceptos no redituables. En “Prevención en Salud Mental: escenarios actuales”. Lugar Editorial. Argentina, 2002.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Autocuidado del equipo de salud que atiende a personas afectadas por violencia intrafamiliar: una guía para trabajad@s de la salud”. Módulo 3 Atención a personas afectadas por Violencia Intrafamiliar, OPS/OMS. El Salvador, 1999.

Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social (MS-CCSS). Normas de Atención en salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar. Costa Rica, 2000.

Musick, Janine Latus. “How close are you to burnout?: learn how to control stress before stress controls you”. American Academy of Family Physicians. April 1997

Najmanovich, Denise. El lenguaje de los vínculos: de la independencia absoluta a la autonomía relativa. En “Redes, el lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil”. PAIDOS, Argentina, 1995.

Nutbeam, Don. Glosario de Promoción de la Salud. Salud entre Todos. Separata Técnica. OMS, 1985.

Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud: hacia un nuevo concepto de la salud pública. Ottawa, Canadá, noviembre 1986

Organización Panamericana de la Salud. Modelo Integral de Atención a la Violencia Intrafamiliar. Deconstruyendo la violencia intrafamiliar: Estado y sociedad civil. El papel del sector salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública N° 10. Costa Rica, 2001.

Organización Panamericana de la Salud /Fondo de Población de las Naciones Unidas. Desarrollo Organizacional: un enfoque integral para el desempeño en salud reproductiva. Programa Regional de Gerencia en Salud Reproductiva, Módulo 4, 1998.

Reinhold, Barbara Bailey. “Toxic Work: How to Overcome Stress, Overload, and Burnout and Revitalize Your Career”, Dutton/Plume, July 1997

Rovere, Mario. Redes: hacia la construcción de redes en salud. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario. Argentina, 1998.

Rovere, Mario. Redes nómades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional. En “Salud Mental: época y subjetividad”. Homosapiens Ediciones. Argentina, 2000.

Rutter, Michael. La “resiliencia”: consideraciones conceptuales”. *Journal of Adolescent Health* 1993, 14:000-000.

Shalev, Arie. “Estrés traumático y sus consecuencias: Manual para el personal de asistencia profesional”. OPS/OMS, 2000.

Sluzki, Carlos. De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. En *Redes el lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Paidós. Argentina, 1995.

Suárez Ojeda, Elbio Néstor. “Resiliencia” o capacidad de sobreponerse a la adversidad. En *Bibliografía Resiliencia*, OPS-OMS. Programa Salud de la Mujer, Niño y adolescente. Costa Rica, 1994.

Thurman, Chris, Paul Meier, Richard Flournoy, Don Hawkins, Frank B. Minirth (Editor), “Beating Burnout : Balanced Living for Busy People: How to Beat Burnout, before Burnout”, Arrowood Press, 1997

Wellsley, Kristin. “Avoiding Job Burnout” *Los Angeles Business Journal*. January 24, 2000.

Wellsley, Kristin. “Are You Suffering The Symptoms of Burnout? ” *Los Angeles Business Journal*. August 21, 2000.

Willis, Cathy. “Burnout and its costs”. internet