

EL AUTOCUIDADO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE ATIENDEN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

RESUMEN

Los profesionales de salud que brindan atención a víctimas de violencia sexual se convierten en depositarios/as de historias dolorosas y crueles de abuso. Si este contacto con el sufrimiento humano se presenta de manera continua y cotidiana, pueden generar el desarrollo sea del síndrome de burnout, traumatización vicaria y/o la movilización de sus propias experiencias de violencia. De esta forma, su salud integral sufriría serias repercusiones, así como otras implicancias desfavorables en su desempeño laboral y en sus relaciones interpersonales en general. En este contexto, la incorporación de la práctica del autocuidado surge como una necesidad prioritaria para preservar la salud y bienestar general de los/las prestatarios/as y, paralelamente, para salvaguardar que las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y otras violencias que requieren ayuda y acuden a sus servicios, reciban una atención efectiva y de calidad.

PALABRAS CLAVE: Autocuidado; Síndrome de Burnout; Traumatización vicaria; Violencia sexual; Profesionales de la salud.

Teresa E. Ojeda

Rev Per Ginecol Obstet 2006;52(1):21-27

Universidad Peruana Cayetano Heredia

ABSTRACT

Physicians who offer attention to sexual violence victims become receptors of painful and cruel abuse stories. If this contact maintains a fluent and daily implication, it could generate the development of the burnout syndrome, emotional re-impact and/or develop their own violence experiences; their integral health would suffer serious consequences, including disadvantage implications during labor performance and interpersonal relations. A self-care program becomes a priority in order to preserve the physicians' general health and in parallel maintain effective and excellent quality of attention to people and victims of sexual violence and other kinds of violence who obviously require help, support and confidence when they come to their services.

KEYWORDS: Self care; Burnout syndrome; Sexual violence; Health professionals.

INTRODUCCIÓN

Trabajar dentro del campo de la violencia y, específicamente en la atención a víctimas de violencia sexual, conlleva a enfrentar con mayor intensidad y cualitativamente diferente las situaciones que se presentan tanto en el contexto de la propia atención, en las víctimas que acuden a los servicios, como en relación a las propias experiencias de los profesionales de la salud que realizan esta labor.

Los prestatarios que brindan atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual se encuentran expuestos a sufrir las consecuen-

cias sea del síndrome de *burnout*, la traumatización vicaria y/o la movilización de sus propias experiencias de violencia. En tal sentido, el presente artículo contiene conceptos y reflexiones orientadas a facilitar la comprensión de dichas afecciones, sus síntomas, impactos en la salud y sus consecuencias secundarias. Adicionalmente, se ha definido el autocuidado, su importancia y se ha descrito algunas pautas para iniciar la construcción de un plan de autocuidado.

La importancia de abordar esta temática se centra en que permite desarrollar medidas preventivas

que protejan y/o recuperen el estado de bienestar general de los profesionales de la salud que atienden casos de violencia sexual –además de otros tipos de violencia–, lo que a su vez conlleva a que la atención ofrecida a las víctimas sea de calidad.

IMPLICANCIAS DE LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Los/las profesionales de la salud que proporcionan asistencia a personas víctimas de violencia sexual –y de otras violencias– tienen la responsabilidad de brindar una atención adecuada y de calidad a cada caso que llega a su servicio/institución.

Si bien el cumplimiento de sus funciones requiere de una práctica profesional basada en los conocimientos y la ética, implica además la ocurrencia de otras situaciones que muchas veces pasan desapercibidas y/o que no siempre son tomadas en cuenta en la cotidianidad del trabajo. Entre algunas de estas circunstancias se encuentran⁽¹⁻³⁾:

- Escuchar historias gráficas pero a la vez crueles de violencia.
- Ser testigos de victimización y re-victimización.
- Brindar atención, pero paralelamente convertirse en testigo indirecto de tragedias y traumas ajenos.
- La confidencialidad que cada caso requiere suele conllevar al aislamiento, silenciamiento de emociones y al bloqueo de su expresión.
- Retener y recordar imágenes dolorosas de gran impacto.

- Sentir impotencia por ser testigo de sucesos traumáticos que no se puede detener.

De esta manera, la dinámica en la que se desenvuelven los prestatarios/as de salud al brindar atención a las víctimas de violencia sexual les lleva a enfrentar constantes y profundos estados de tensión.

FUENTES DE TENSIÓN ENFRENTADAS POR LOS PROFESIONALES DE SALUD QUE ATIENDEN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Los estados de tensión experimentados por los prestatarios tienen dos fuentes de origen⁽⁴⁾:

Origen externo

Cuando las tensiones provienen de circunstancias externas al profesional de la salud, tales como:

- Escuchar constantemente historias de violencia.
- Identificar inevitables situaciones de riesgo para las víctimas.
- Observar que los sistemas de justicia, policiales y otras entidades revictimizan y estigmatizan a las víctimas.
- Observar que los diferentes servicios llegan a entorpecer y/o hasta retroceder el proceso a seguir por las víctimas.
- Constatar que debido a la falta de recursos y/o razones ajenas a su voluntad no se concreta una atención apropiada.
- Enfrentar el riesgo de sufrir alguna agresión de parte del victimario.
- Constatar que las víctimas no logran la rotura del ciclo de violencia.

Origen interno

Estas tensiones provienen del mundo interior de los prestatarios y ocurren en situaciones, tales como:

- Al confrontar sus actitudes, valores, pensamientos y creencias relacionados a la violencia a partir de la escucha de historias de abuso de manera constante.
- Al reconocerse vulnerables ante la violencia y temer que algo similar a lo escuchado les ocurra.
- Al temer que algo parecido ocurra a sus seres queridos.
- Al ser movilizada su propia historia de violencia.
- Al reconocerse víctima/sobreviviente de episodios de violencia.
- Al sentir la necesidad de buscar ayuda.
- Al sentir culpa y/o impotencia por pensar y considerar que no están haciendo lo necesario y suficiente durante la atención que proporcionan a las víctimas.

LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE LOS PRESTATARIOS

El escenario de atención a víctimas de violencia sexual –y otras violencias– se torna entonces propicio para que se den cita las tensiones –de origen interno y externo–, que al ser enfrentadas en la cotidianidad por los/las profesionales de la salud, pueden desencadenar serias consecuencias en su salud.

Así, se identifica tres formas en que dicho impacto puede manifestarse: el síndrome de *burnout*, la traumatización vicaria y la movilización de las propias experiencias de violencia. Cada modalidad de impacto puede darse de manera independiente o pueden desencadenarse paralelamente.

SÍNDROME DE BURNOUT (ESTADO DE EXTENUACIÓN EMOCIONAL)

DEFINICIÓN

El síndrome de *burnout* es la "reducción de la respuesta funcional del organismo a las demandas de la vida cotidiana, como consecuencia de usar toda nuestra energía, aún la de reserva, sin conservar la necesaria para nosotros/as mismos/as. Es una respuesta crónica a la tensión emocional constante y no la reacción a una crisis ocasional"⁽²⁾.

El *burnout* sobreviene de la divergencia entre los ideales de la persona y la realidad de la vida ocupacional diaria⁽⁵⁾; viene a ser la consecuencia de eventos estresantes de índole laboral que disponen al individuo a padecerlo (Garcés de los Fayos, s/f, citado por 6); este aspecto es medular en la definición del *burnout*, dado que se refiere al rol específico de atención al/la otro/a que sufre⁽⁷⁾. El *burnout* se desarrolla en la persona cuando existe una persistencia crónica de la situación estresante y el organismo tiene escasa o ninguna posibilidad de recuperarse, llegando a desgastar su capacidad para seguir funcionando adecuadamente^(8,9). En otras palabras, su sistema inmunológico se debilita y su vulnerabilidad biológica se incrementa, ello conlleva a que su predisposición a la enfermedad sea mayor y, por lo tanto, su salud está en mayor riesgo^(2,9,10).

FASES

Existen tres fases a través de las cuales el síndrome de *burnout* se constituye e instala progresivamente en la persona (Maslach y Jackson, 1982, citadas por 11 y 12):

Agotamiento emocional

Como consecuencia de fracasar al intento de cambiar las situaciones que le originan estrés, la persona presenta pérdida de energía, desgaste emocional, agotamiento, fatiga, irritabilidad, pérdida del disfrute de las tareas, insatisfacción laboral.

Despersonalización o deshumanización

Constituye la parte medular del *burnout*; su aparición se origina en el fracaso ocurrido en la fase anterior y constituye además una manera en que la persona busca protegerse frente a la indefensión, impotencia y desesperanza emocional. Así mismo, esta etapa se caracteriza por el distanciamiento afectivo, estados de depresión, actitudes negativas, insensibilidad, trato impersonal e indiferente hacia los demás (incluidos los usuarios, familiares, compañeros de trabajo, etc.).

Abandono de la realización personal

En esta etapa, la persona autoevalúa negativamente su propio trabajo, siente que ha perdido el significado y valor que tenía; aparecen además sentimientos de fracaso, inadecuación e insatisfacción respecto a sus logros, llegando a apartarse de las actividades, tanto familiares, sociales como recreativas.

Dado que el síndrome de *burnout* es un proceso continuo, cuya aparición es paulatina hasta llegar a instaurarse en la persona (Garcés de los Fayos, citado por 6; 9), es posible de ser tratado adecuada y oportunamente, mas de no tomar las precauciones apropiadas puede desencadenar la aparición de un cuadro de depresión, el que paralelamente y a manera de círculo vicioso, facilitaría que el síndrome de *burnout* continúe instalándose.⁽⁸⁾

CONSECUENCIAS

Como efecto del *burnout*, la persona puede verse afectada por alteraciones del sueño, depresión, cefaleas, mialgias, alteraciones respiratorias, trastornos gastrointestinales, vértigos, mareos, disfunciones sexuales, alteraciones menstruales, consumo de alcohol y sustancias tóxicas. Adicionalmente, la persona puede enfrentar el agravamiento de enfermedades como diabetes, coronariopatías, colon irritable, úlcera gastroduodenal, asma, psoriasis, herpes, etc. De otro lado, la insatisfacción personal y laboral desencadenada por el *burnout* conducirá fácilmente al ausentismo, al bajo rendimiento, al riesgo de sufrir accidentes en el trabajo, así como al deterioro en la calidad asistencial; paralelamente, sus significativos cambios conductuales irán deteriorando y hostilizando sus relaciones interpersonales^(5,8,9,11,13).

TRAUMATIZACIÓN VICARIA

DEFINICIÓN

La traumatización vicaria "es la presentación de síntomas relacionados con estrés postraumático en quienes apoyan a personas afectadas por una experiencia traumática, como en el caso de la violencia intrafamiliar. Se desarrolla como resultado de la exposición, breve o prolongada, a los traumas de la otra persona, combinada con la empatía que el trabajador siente hacia esta persona y con sus propias experiencias dolorosas aún no integradas en su vida"⁽¹⁾.

El trastorno de estrés postraumático no es una enfermedad mental; sin embargo, permite observar las consecuencias normales de vivir una situación anormal; así, en

el caso de las víctimas de violencia intrafamiliar que se mantienen en un estado continuo de alerta, miedo y vigilancia frente a un peligro inminente, verán agotadas sus capacidades adaptativas⁽¹⁴⁾. Ahora bien, los síntomas relacionados al trastorno de estrés post-traumático enfrentado por las propias víctimas pueden desencadenarse en los prestatarios debido a la fuerte carga traumática ocasionada durante la atención en tanto se da una reiterada confrontación con la violencia, el abuso y el dolor humano; cuando esto ocurre se denomina traumatización vicaria, traumatización secundaria o desgaste por empatía^(1,2,8,15).

SÍNTOMAS

La traumatización vicaria –al igual que el trastorno por estrés post-traumático– presenta síntomas característicos, tales como⁽¹⁵⁻¹⁷⁾:

Reexperimentación de los acontecimientos traumáticos

Manifestados a través de pesadillas, sueños y recuerdos recurrentes e intrusos; ello ocasiona a su vez temores, malestar, angustia. Además, ante cualquier estímulo interno o externo que simbolice o recuerden el episodio traumático, la persona sentirá un intenso malestar psicológico, así como respuestas de tipo fisiológico.

Evitación y embotamiento de la reactividad general

La persona realizará un gran esfuerzo por evitar sentimientos, pensamientos y/o conversaciones relacionadas al evento traumático; también evitará actividades, lugares o personas que le recuerden el traumatismo. Es característica la disminución del interés o partici-

pación en actividades significativas y aparecerán sentimientos de desapego o enajenación de los otros. Su vida afectiva sufrirá restricciones y tendrá la sensación de un futuro acortado, así como la falta de esperanza.

Estado de alerta incrementado

Frecuentemente la persona tendrá dificultades para conciliar o mantener el sueño; presentará irritabilidad o explosiones de ira y tendrá dificultades para concentrarse. Se mantendrá además en estado de hipervigilancia, presentando respuestas exageradas de sobresalto.

CONSECUENCIAS

Entre las repercusiones ocasionadas por la traumatización vicaria figuran la aparición de un estado permanente de ansiedad y miedo, sentimientos de culpa, frustración, impotencia, actitudes de irreverencia, estado de depresión, deterioro en las relaciones interpersonales, insatisfacción y bajo desempeño laboral, entre otros (15; Blair y Ramones, 1996, citados por 17).

Lenore Walker enfatiza que los profesionales que brindan atención a mujeres víctimas de violencia que se ven afectados por la traumatización vicaria suelen tener manifestaciones, como el sentir angustia cuando observan que la víctima no optó por decisiones adecuadas; también, suelen impacientarse o se disocian al escuchar los testimonios y, en algunas oportunidades, pueden llegar a sentir mayor empatía y hasta identificación con el agresor. Adicionalmente, sienten extrema preocupación respecto a su propia seguri-

dad y les invade una profunda tristeza al tener la convicción de no ser un buen profesional, por lo que suelen no querer retornar al trabajo (Walker L, 1993, citada por 2). Los profesionales de la salud que brindan atención a víctimas de violencia sexual son vulnerables a experimentar traumatización vicaria, por cuanto no se puede ser testigo de la tragedia en aislamiento (Sharratt S, 1992, citada por 2) y precisamente ellos se convierten en depositarios de historias de abuso traumáticas y dolorosas y en testigos de la vulnerabilidad humana.

MOVILIZACIÓN DE LAS PROPIAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA

Brindar atención a personas afectadas por violencia sexual –y por otras violencias– no sólo causa sufrimiento, estrés y traumatismo; el enfrentar cotidianamente el dolor ajeno desde la labor de prestatario implica estar en riesgo de revivir o activar las propias vulnerabilidades, sufrimientos, temores, culpas, frustraciones, tristezas, impotencia, enojos referidos a eventos violentos y de abuso⁽¹⁾. Estas experiencias de violencia pueden ser:

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

Si bien esta diferenciación resulta ilustrativa, no necesariamente implica que las opciones allí colocadas sean excluyentes entre sí. Cabe recalcar que si el prestatario/a se encuentra ejerciendo o experimentando algún tipo de abuso interpersonal, el desempeño de su rol será más complejo en tanto

no podrá responder adecuadamente a los requerimientos de las víctimas que acudan a su servicio, siendo probable que su propio sufrimiento lo dirija hacia el otro, llegando inclusive a utilizarlo para intentar resolver sus propios conflictos y necesidades.⁽²⁾

Aunque el *burnout*, la traumatización vicaria y la movilización de las propias experiencias de violencia no siempre se desarrollan en todos/as los/las profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual, no es posible descartar que estas tres formas en que su salud puede afectarse se den independientemente una de la otra. Ahora bien, quienes experimenten cualquiera de ellas lo harán en grados diversos. No obstante estas afecciones suelen ser poco visibilizadas y reconocidas, por lo que la salud integral de los prestarios puede agravarse si los síntomas no son identificados y tratados apropiada y oportunamente^(1,2,11).

De esta forma, en el escenario de la atención se da el encuentro entre: a) las víctimas, con sus necesidades, expectativas y el impacto que la violencia les ocasionó; y, b) los/las prestarios/as, con sus necesidades, expectativas y probablemente los efectos del *burnout*, traumatización vicaria y la movilización de sus propias historias de violencia. Es en este contexto y bajo estas condiciones que el proveedor se encontrará en mayor riesgo de tomar decisiones inadecuadas relacionadas a su trabajo (como el emitir un mal diagnóstico, sugerir un tratamiento poco adecuado, etc.) y también tendrá serias dificultades para lograr la empatía necesaria para ofrecer un servicio efectivo y de calidad⁽¹⁾.

Desde esta perspectiva, emerge la necesidad de considerar la práctica del autocuidado como una herramienta imprescindible para prevenir y/o recuperar el buen estado de salud de los proveedores que se encuentren en riesgo o estén afectados, sea por el síndrome *burnout*, traumatización vicaria y/o la movilización de sus propias experiencias de violencia.

AUTOCUIDADO

DEFINICIÓN

Tulia M. Uribe describe el autocuidado como “una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales”⁽¹⁸⁾.

Al circunscribir la autora este concepto dentro del marco de la promoción de la salud, enfatiza que la promoción del autocuidado constituye una estrategia imprescindible para alcanzar el bienestar integral en la vida cotidiana, así como la consecución del desarrollo humano⁽¹⁸⁾.

Si bien la incorporación de la práctica del autocuidado resulta indispensable para que todos preserven su salud integral en condiciones favorables y apropiadas, en el caso de los prestarios va a significar además una manera en que podrán iniciar el proceso de recuperación, fortalecimiento, empoderamiento y de sanación personal.

No obstante, el autocuidado como práctica debe ser interiorizado por la persona desde la propia convicción de requerir darse a sí mismo cuidados adecuados y acordes a sus propias necesidades. Ello implica, entonces, un proceso previo y paulatino de toma de conciencia acerca de sus carencias, expectativas, vulnerabilidades y también sus fortalezas y recursos personales, cuya identificación y reconocimiento debe darse juiciosa y lo más objetivamente posible. Es a partir de este procedimiento que la persona podrá elaborar un planteamiento inicial de acciones/estrategias –individuales y/o colectivas– orientadas a su propio cuidado y, por lo tanto, a la recuperación de su bienestar general.

ACCIONES PRELIMINARES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE AUTOCUIDADO

Los aspectos que a continuación se detalla, constituyen los pasos previos a tener en cuenta para la elaboración e implementación de un plan de autocuidado. Es importante recalcar que cada persona posee características, recursos, necesidades, expectativas, preferencias y experiencias particulares, por lo que será en base a su identificación y reconocimiento que podrá elaborar su propio plan de autocuidado.

Entre las acciones previas a la construcción de un plan de autocuidado se puede mencionar las siguientes^(1-3,11):

- Identificar las fuentes de tensión –externas e internas– que emergen durante el desempeño de sus funciones.
- Reconocer cómo los estados de

tensión surgidos durante la realización del trabajo afectan de diferente forma y grados:

- Al adecuado desempeño laboral.
- A diferentes esferas de su vida (física, emocional, relaciones de pareja, sexualidad, relaciones familiares, relaciones sociales, la propia historia de violencia, aspecto laboral, económico, espiritual, etc.).
- Identificar y reconocer cómo las propias vulnerabilidades y experiencias personales referidas a abuso, afectan el desempeño de las funciones al ser movilizadas.
- Conocer las formas en que la propia salud puede verse afectada durante el desempeño del rol como prestatario/a, es decir las manifestaciones y consecuencias de la traumatización vicaria, síndrome de *burnout* y la movilización de la propia historia de violencia.
- Reconocer que se necesita ayuda profesional
- Asumir la responsabilidad de cuidar de sí mismo desde acciones como alimentarse bien y dentro del horario establecido; dormir las horas necesarias y en horario adecuado, no automeedicarse.
- Complementariamente ir incorporando otras acciones/estrategias elementales, como:
 - Realizar ejercicios físicos.
 - Mantener el sentido del humor.
 - Generar espacios colectivos de intercambio: fomentar el trabajo en equipo.

- Procurar una mejor administración del tiempo.
- Buscar espacios de ocio.
- Incorporar actividades recreativas y de celebración.
- Aprender a decir 'no'.
- Procurar mantener límites entre la actividad laboral y la vida personal.
- Capacitación continua, revisión y uso de guías de autocuidado.

Si bien estos pasos preliminares no son definitivos y las acciones/estrategias que se propone son pautas de inicio, es importante que a medida que se incluyan otras estrategias –individuales y/o grupales– se tenga presente que deben ser propuestas de manera tal que resulten alcanzables y factibles para la persona que las realice; además, debe existir una correspondencia y coherencia entre lo que se propone realizar y el objetivo al cual se quiere llegar.

IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO

Poner en práctica un adecuado plan de autocuidado conlleva a que el prestatario que lo realice se vea sumamente beneficiado; no obstante, adicionalmente se dará un efecto multiplicador igualmente favorable. Así, la práctica apropiada de un plan de autocuidado implica:

Para el proveedor

- Recuperación del buen estado de su salud y su bienestar general; por lo tanto, se da una mejora de la calidad de vida.
- Satisfacción laboral.
- Mejoras en las relaciones interpersonales.

- Romper con el aislamiento en el que suele trabajar.
- Iniciar / continuar / resolver el proceso personal de sanación de sus propias experiencias dolorosas.
- Mejoras en la atención brindada.
- Resignificar el sentido de la labor que se realiza.

Para la víctima/sobreviviente

- Recibir una atención efectiva y de calidad: ver concretada la 'humanización del servicio'.
- Incremento de las posibilidades de recuperación.

Para la institución

- Disminución de ausentismo, tardanzas y abandono laboral.
- Mayor rendimiento.
- Mejoras en la calidad asistencial o de servicios brindada.

CONCLUSIONES

- La atención a víctimas de violencia sexual –y otras violencias– implica una dinámica que conlleva a que los/las profesionales de la salud enfrenten constantes y profundos estados de tensión -sea de origen interno y/o externo- que al darse en la cotidianeidad de su labor, pueden desencadenar serias consecuencias en su salud.
- La salud de los/as prestatarios puede verse afectada por el síndrome de *burnout*, traumatización vicaria y/o la movilización de las propias experiencias de violencia; sin embargo, la identificación temprana de sus signos y síntomas puede prevenir que estos se desencadenen, al igual que sus efectos secundarios.

- La instalación del síndrome de *burnout* conduce al debilitamiento del sistema inmunológico, al incremento tanto de la vulnerabilidad biológica como de la predisposición a la enfermedad de quien lo padece; ello incluye el empeoramiento de otras afecciones y/o la adquisición de nuevas enfermedades. De otro lado, las repercusiones del *burnout* no sólo se circunscriben a la salud de la persona, sino que fácilmente recaerán en su desempeño laboral, en la relación con las personas que están bajo su cuidado y atención, en su vida familiar y social.
- La práctica adecuada del autocuidado es indispensable para que los/las prestatarios/as que brindan atención a víctimas de violencia sexual –y otras violencias- preserven su salud integral. Adicionalmente, los beneficios favorecen tanto a las víctimas que acuden a sus servicios, como a la institución misma.
- El autocuidado como práctica debe ser interiorizado por los/las prestatarios/as a partir de la toma de conciencia sobre de los riesgos a los que el desempeño de su rol les expone. De esta forma, será posible que inicien el proceso de autorreconocimiento juicioso y objetivo acerca de sí mismos/as, sus recursos, carencias, potencialidades, necesidades, vulnerabilidades, etc., sobre cuya base podrán construir su propio plan de autocuidado de manera tal que les permita lograr su recuperación, fortalecimiento, empoderamiento y sanación personal.

RECOMENDACIONES

- La prevención y atención del síndrome de *burnout*, traumatización vicaria y/o la movilización de las propias experiencias de violencia en los/las profesionales de la salud, es una responsabilidad que debe recaer no solo en los/las propios/as prestatarios/as, sino en las instituciones donde laboran.
- Las instituciones de salud –y aquellas implicadas en la atención a víctimas de violencia sexual y otras violencias- deben implementar talleres de sensibilización y capacitación acerca de los riesgos frente a los cuales los prestatarios están expuestos durante el desempeño de sus funciones, así como de la gravedad de los efectos en su salud mental, la importancia del autocuidado y los beneficios que su práctica conlleva.
- Es de vital importancia el involucramiento de las instituciones para la implementación de programas de autocuidado, en los que se debe precisar las implicancias y responsabilidades tanto del prestatario como de la institución.
- La elaboración e implementación de programas de autocuidado deben fortalecer el empoderamiento en los prestatarios a través de acciones/estrategias factibles, alcanzables y, sobre todo, éticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magasis D. Autocuidado del equipo de salud que atiende a personas afectadas por violencia intrafamiliar. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, 1999.
2. Claramunt MC. Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar. OPS. San José, Costa Rica, 1999.

3. MacDonald J. Salud mental y violencia intrafamiliar. Ruptura con el paradigma tradicional de salud mental y propuesta de autocuidado para las personas que atienden situaciones de violencia intrafamiliar. Ministerio de Salud de Costa Rica –OPS– Oficina Regional de la OMS. San José, Costa Rica, Diciembre 2004.
4. Ojeda T. Las experiencias personales en la capacitación a distancia sobre atención a la violencia doméstica y sexual. OPS-Unidad Género, Etnia y Salud. Lima, Perú, 2005.
5. Flórez JA. Salud mental del médico: prevención y control del Burnout. Salud Mental (España). 2003;III(2). Salud global.
6. Torres C. ¿Estrés o *burnout*? Agenda Salud Nº 24, 2001. [Consulta: 8-1-2006]. Disponible: <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm#>
7. Oyague MJ, y col. Síndrome de agotamiento profesional: una mirada desde las mujeres. CEDAP, 2002. En: Al fin de la batalla, Fascículo 2. Socialización de género y sexualidad, Lima, Perú: Fondo Editorial Sidea, 2002.
8. Cazabat EH, Costa E. Stress: la sal de la vida? Avances en Medicina Ambulatoria. Cámara M y col. (Ed). Sociedad Argentina de Medicina. 2000. [Consulta: 21-11-2005] Disponible: <http://www.sam.org.ar/publicaciones/ambulatoria/ambulatoria00/09.pdf>
9. Dughi P. El autocuidado, nociones básicas y factores de riesgo. Unidad de Salud Mental. UPCH. Lima. 2003.
10. Bayés R. Cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador. 4º Cong. Nac. de Hospitalización a Domicilio, 1998. [Consulta: 3-1-2006] Disponible: <http://www.fehad.org/valhad/pn022.htm>
11. Corsi J. El síndrome de *burnout* en profesionales trabajando en el campo de la violencia doméstica. Fundación Mujeres. 1998. [Consulta: 13-1-2006] Disponible: <http://www.corsi.com.ar/Burnout.pdf>
12. Zaldúa G, y col. La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de Burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2000;19 (4):167-172.
13. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Boletín electrónico de Psicología. com. 2001. [Cons: 4-2-2005] Disponible: <http://www.psicologia.com/articulos/ar-pgil.htm>
14. Quiros E. El impacto de la violencia intrafamiliar: Transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia. Ministerio de Salud. Dirección Servicios de Salud, Costa Rica. 2002.
15. Cazabat EH. Desgaste por empatía. En: Psiquiatría.com, III Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2002. Disponible: <http://www.psiquiatría.com/interpsiquis2002/6185>
16. OMS. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10ª Revisión. Ginebra, 1992. [Consulta: 14-1-2006] Disponible: <http://www.dne.sld.cu/librocie10/capitulo5.htm>
17. Trejos JI, y col. Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares: Terapia efectiva para el trastorno por estrés posttraumático. Amauta Internacional [Cons: 13-1-2005] Disponible: <http://amauta.org/ArtRevMDRis.htm>
18. Uribe TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Rev Investig Educ Enferm. 1999;XVII(2).