



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Bellas Artes

Prácticas Corporales de Autocuidado. El Ethos Necesario Para Personas que Atienden a
Mujeres en Situación de Violencia.

Tesis

Que como parte de los requisitos para
obtener el Grado de

Maestra en Estudios de Género

Presenta

Elena Catalina Gutiérrez Franco

Dirigido por:

Dra. María Elena Meza de Luna

Querétaro, Qro. Agosto 2019

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Bellas Artes

Maestría en Estudios de Género

Prácticas Corporales de Autocuidado. El Ethos Necesario Para Personas que Atienden a
Mujeres en Situación de Violencia.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Maestra en Estudios de Género

Presenta

Elena Catalina Gutiérrez Franco

Dirigido por:

Dra. María Elena Meza de Luna

Doctora María Elena Meza de Luna
Presidente

Doctor Fabián Giménez Gatto

Secretario

Maestra Ursula Gayou Esteva
Vocal

Doctora Alejandra Díaz Zepeda
Suplente

Maestra Patricia Westendarp Palacios
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Agosto 2019
México

Dedicatorias

A todas las personas interesadas en el tema de las prácticas corporales de autocuidado, para que tengan un punto de referencia distinto y de resistencia frente a ciertas imposiciones relacionadas a cómo debemos cuidarnos hoy en día.

A todas las y los servidores públicos que trabajan en el área de asistencia a mujeres en situación de violencia; que este texto pueda ser un incentivante para comenzar a ejercer prácticas de autocuidado dentro y fuera de su labor institucional.

Agradecimientos

A través de las siguientes líneas quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las instancias y personas, que con su soporte y acompañamiento han colaborado en la realización de este trabajo de investigación.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por su apoyo en el marco del Programa de Becas de Posgrados de Calidad, a la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ), a la Facultad de Bellas Artes y a la coordinación de la Maestría en Estudios de Género por todo el soporte y facilitación de los procesos administrativos para la estancia de intervención para la investigación. Al cuerpo docente de la maestría por todo el aprendizaje y crecimiento profesional, así como al Instituto Queretano de las Mujeres (IQM) por la confianza brindada para el trabajo propuesto y que sin duda dejará un precedente para los espacios de prácticas de autocuidado dentro de las instituciones.

A mi directora de tesis, la Dra. María Elena Meza de Luna, por todo su trabajo de guía y acompañamiento a lo largo del desarrollo del presente trabajo, así como a todo el cuerpo sinodal, al Dr. Fabián Giménez Gatto, a la Mtra. Úrsula Gayou Esteva, a la Dra. Alejandra Díaz Zepeda y a la Mtra. Patricia Westendarp Palacios, ya que gracias a sus puntuales observaciones es que este trabajo brilla y culmina de la mejor manera.

Finalmente, a mi familia, a mi madre Silvia Elena Franco Gastelum, mi padre Juan Manuel Gutiérrez Charcas y a mis hermanas Andrea Sofía y Ariel Alejandra, por su cariño, comprensión y apoyo incondicional para mi desarrollo en el área de los estudios de género, que tanto me apasionan y convocan.

A mis amigas y amigos, quienes me han visto a lo largo de este proceso y que han contribuido para que no me rinda, gracias por sus palabras de aliento y su sincera amistad.

Tabla de contenidos

Dedicatorias	II
Agradecimientos	III
Lista de Tablas	VII
Lista de Figuras	VIII
Resumen.....	2
Abstract	3
Introducción: Acerca de las Prácticas Corporales de Autocuidado.....	4
Capítulo 1. Antecedentes y Marco Teórico.....	7
1.1 Un Problema de Protocolos	12
1.2 Importancia de las Prácticas de Autocuidado en las Personas que Trabajan en IAMV	16
1.3 El Trauma y los Estados de Tensión	17
1.4 Manifestaciones Derivadas de Trabajar con Temáticas de Violencia.....	20
1.4.1 Estrés traumático secundario.....	20
1.5 Prácticas Corporales de Autocuidado. Un Acercamiento al Trabajo de Autocuidado.....	22
1.6 Nuestro Concepto de Autocuidado	29
Capítulo 2. Diagnóstico de las Prácticas de Autocuidado en Profesionales que Atienden a Mujeres en Situación de Violencia	30
2.1 Objetivos.....	31
2.2 Ejes de Análisis.....	32
2.3 Método.....	33
2.3.1 Participantes.....	33
2.3.2 Muestreo.....	34
2.3.3 Técnicas e instrumentos.....	34
2.3.4 Análisis de resultados.....	35
2.3.5 Ética de la investigación.....	37
2.4 Resultados de Diagnóstico	38
2.4.1 Contexto.....	39
2.4.2 Prácticas de autocuidado.....	40
2.4.3 Análisis desde el modelo ecológico.....	42
2.4.3.1 Microsistema.....	42
2.4.3.2 Exosistema y macrosistema.....	50

2.4.4	Árbol de problemas.	57
2.4.4.1	Delimitación de problemáticas encontradas.	57
2.4.5	Matriz de incidencia.	59
Capítulo 3.	Intervención.....	60
3.1	Diseño de Intervención.....	60
3.1.1	Justificación del proyecto.....	61
3.1.2	Objetivos de intervención.....	62
3.2	Estructura del Proyecto.....	63
3.2.1	Equipo de trabajo.....	63
3.2.2	Beneficiarias.....	63
3.2.3	Lineamientos de la intervención.....	64
3.2.4	Plan general de implementación.....	64
3.3	Resultados de la Intervención.....	69
3.3.1	Sobre los objetivos de intervención y las prácticas corporales.....	69
3.3.2	Resultados cuantitativos.....	71
3.3.2.1	Sobre los instrumentos (EETS, CAE, Autoevaluación).....	71
3.3.2.2	Observaciones preliminares (factores a considerar que influyeron en los resultados).....	73
3.3.2.3	Resultado cuantitativo final.....	75
3.3.3	Resultados cualitativos.....	76
3.3.3.1	En el camino de la autorreflexión.....	77
3.3.3.1.1	Afrontar las resistencias.....	78
3.3.3.1.2	Repensar prioridades.....	80
3.3.3.2	Resignificación y reposicionamiento.....	82
3.3.3.2.1	Prácticas corporales y género.....	83
3.3.3.3	Puertas abiertas.....	86
3.3.3.3.1	Expresión, identificación, definición y reconocimiento de emociones.....	87
3.3.3.3.2	Autorreflexión, autoconocimiento y toma de conciencia.....	87
3.3.3.3.3	Inclusión de nuevas prácticas corporales.....	88
3.3.3.4	Cambiando paradigmas alrededor del autocuidado.....	88
3.3.3.4.1	Con ellas mismas.....	89
3.3.3.4.2	Con su trabajo.....	89
3.3.3.4.3	Frente a la violencia.....	90
3.3.3.4.4	Frente al autocuidado.....	91
Capítulo 4.	Prácticas de Autocuidado, las Dificultades de su Rescate en la Actualidad Neoliberal.....	92
Capítulo 5.	Conclusiones: las Prácticas de Autocuidado y sus Sendas Generadoras de Cambio.....	107
Referencias	112

Anexos	118
Anexo A. Formato de Consentimiento Informado.....	119
Anexo B. Estructura Guía Para Entrevista a Profundidad	121
Anexo C. Tabla de Estrategias, Etapas y Actividades del Diagnóstico	125
Anexo D. Tabla Extensa Sobre Sintomatología de Traumatización Vicaria	131
Anexo E. FODA (Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas).....	132
Anexo F. Árbol de Problemas.....	135
Anexo G. Árbol de Objetivos	136
Anexo H. Tabla de Descripción de las Etapas de Intervención	137
Anexo I. Cronograma de Actividades.....	145
Anexo J. Instrumento de Evaluación: Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS) (Meda, Moreno, Rodríguez, Arias & Palomera, 2011).....	146
Anexo K. Instrumento de Evaluación: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Sandín & Chorot, 2003).....	147
Anexo L. Instrumento de Evaluación: Autoevaluación (Claramunt, 1999).....	150

Lista de Tablas

Tabla 1. Ejes de Análisis-----	32
Tabla 2. Características de las Servidoras Públicas-----	40
Tabla 3. Recursos a Instancias que Trabajan con Mujeres-----	55
Tabla 4. Presupuesto de Algunos Programas y Proyectos-----	56
Tabla 5. Matriz de Incidencia-----	59
Tabla 6. Grupo Activo y Grupo Control-----	71
Tabla 7. Comparativo Entre Grupos de la Escala de Estrés Traumático Secundario-----	75
Tabla 8. Comparativo Entre Grupos de la Autoevaluación-----	76
Tabla 9. Comparativo Entre Grupos del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés-----	76

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner-----	36
Figura 2. Sintomatología de Traumatización Vicaria-----	51
Figura 3. Esquema General de Resultados de Intervención-----	70
Figura 4. Frecuencia de Asistencia-----	74
Figura 5. Porcentaje de Asistencia-----	74
Figura 6. Esquema Completo de Resultados de Intervención-----	92

Resumen

En nuestros días se muestra una dificultad abrumadora para llevar a cabo prácticas corporales de autocuidado. Las realidades en los contextos de las personas que se desempeñan en instituciones que atienden problemáticas relacionadas a la violencia de género, les requiere un mayor involucramiento, lo cual puede desarrollar, de no ser atendido apropiadamente, malestar en diferentes áreas, así como sintomatología de estrés traumático secundario.

En el presente trabajo se abordarán las problemáticas en la experiencia de vida y el ejercicio profesional para llevar a cabo prácticas corporales de autocuidado, que se llegan a presentar en personas que se dedican al trabajo con mujeres violentadas. El objetivo parte de retomar y analizar algunas manifestaciones en su vida, que son derivadas de su mismo trabajo con temáticas de violencia, las cuales pudieran no estar siendo atendidas propiamente, y proponer un espacio donde puedan retomarse prácticas de autocuidado con una base de trabajo autorreflexivo.

Se ha realizado una intervención que se ha fundado en la revisión de la evolución constante de los conceptos alrededor del autocuidado, desde lo propuesto por Michel Foucault con el "cuidado de sí", hasta su trastocamiento con el establecimiento de la medicina y el biopoder, para visualizar los factores internos y externos que se muestran como obstáculo para ejercer prácticas de autocuidado, al mismo tiempo se empleó un análisis con perspectiva de género para reflexionar los posibles esquemas socio culturales que reproducen, dan prioridad o dificultan algunas de estas prácticas.

Este trabajo ha permitido establecer reflexiones en torno a cómo poder acercarnos a generar una cultura de autocuidado partiendo de un trabajo autorreflexivo y de la toma de conciencia, así como visibilizar los efectos positivos que estos espacios tienen al retomar prácticas de autocuidado dentro de las instituciones, para mejorar y prevenir situaciones de malestar prolongado y sintomatología de estrés traumático secundario en los trabajadores y trabajadoras.

Palabras Clave: prácticas corporales, estrés traumático secundario, cuidado de sí, prácticas de autocuidado, perspectiva de género.



Abstract

In our day an oppressive difficulty is showed to make body practices of self-care. The reality in the context of persons who works in institutions that attends problems related to gender-based violence requires them to be more involved, this can develop maladies in different areas as well as secondary traumatic stress symptoms if they are not treated properly.

In present work problems to make self-care body practices in life experience and in professional activities will be addressed, that arise in those who work with battered women. The objective is to resume and analyze some manifestations derived from their work with violence themes in workers' life which could be not properly treated. And also propose a space where self-care practices can be restarted based on a self-reflection work.

An intervention to visualize internal and external factors which are obstacles to exercising self-care practices have been made, founded on the review of constant evolution of the concepts around self-care from proposed by Michel Foucault with "self-care" until its disruption with the establishment of medicine and biopower. At the same time an analysis with gender perspective was employed to reflect on possible socio-cultural patterns which reproduce, give priority or difficult some of these practices.

This work has allowed to establish reflection on how can we approach to generate a self-care culture from self-reflection work and in awareness, as well as highlight positive effects that those spaces have to resume self-care practices inside the institutions to help and prevent long maladies situations and secondary traumatic stress symptoms in workers.

Key words: body practices, secondary traumatic stress, self-care, self-care practices, gender perspective

Introducción: Acerca de las Prácticas Corporales de Autocuidado

En México la violencia es un fenómeno que ha ido en constante crecimiento, en particular, la violencia hacia las mujeres es un tema acendrado que no discrimina por edad, por zona, por etnia o por trabajo. Se estima que el 61.1% de mujeres, de 15 años y más, han enfrentado en su vida al menos un incidente de violencia, 43.9% por parte de su actual o última pareja, esposo o novio y 34.3% en espacios públicos o comunitarios (ENDIREH, 2016). De manera que en las últimas décadas se ha dado reconocimiento internacional a esta problemática. En 1979 en la Asamblea General de las Naciones Unidas se aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Rico, 1996), a partir de ahí se han generado leyes e instituciones tanto nacionales como estatales para trabajar con ello. El 6 de marzo de 1997 se crea por decreto el Consejo Estatal de la Mujer, el 27 de marzo del 2009 se promulga la “Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” (IQM, s.f.) y en el mismo año, el 1° de junio, se crea la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM, 2016). Sin embargo, se ha visto que trabajar en instituciones de este tipo llega a involucrar un fuerte desgaste.

El presente trabajo aborda una de las problemáticas que gira en torno a las prácticas de autocuidado existentes en el personal que atiende a mujeres violentadas (MV) desde un entorno institucional en Querétaro. Algunos testimonios exploratorios que se realizaron con mujeres que trabajaban en una institución que atiende a mujeres violentadas (IAMV) refieren que estas instituciones son reproductoras de esquemas que violentan. Si bien se han generado varios protocolos institucionales para poner un freno y erradicar de manera efectiva la violencia, ésta es reproducida en ocasiones dentro de las mismas instituciones por quienes trabajan dando atención. Sin embargo, dicho fenómeno podría ser un síntoma derivado del desgaste ante el trabajo continuo con temáticas de violencia, de la carencia del seguimiento y de la atención que se brinda al propio personal que labora en dichas instituciones, y sobre todo, a la casi nula información, acercamiento y ejecución de prácticas de autocuidado por parte de estos mismos.

Indudablemente, es necesario apoyar el buen funcionamiento de las IAMV, donde se propicie la generación de ambientes empáticos, ya que su labor es crucial en el apoyo a víctimas de violencia. En esta investigación nos abocaremos a estudiar, con perspectiva de género, la percepción alrededor de las prácticas corporales de autocuidado de las personas que trabajan dentro de IAMV, con la intención de mejorar el entendimiento que abone a tal fin.

La estructura del presente documento se compone de 8 apartados, de los cuales, 5 capítulos desglosan el contenido y desarrollo de todo el proyecto de investigación.

Comenzando por los antecedentes y el marco teórico, se parte de una visión general respecto de lo que es la violencia, acercándonos a una de sus variables: la violencia de género, y su relación con la salud y cómo está influenciada en gran medida por las construcciones socio culturales respecto al género, proyectándose incluso en instituciones creadas para erradicar estas expresiones de la violencia. En este punto se ahondará en algunos protocolos institucionales, para realizar un acercamiento y comprender algunas omisiones respecto al cuidado de las trabajadoras que atienden víctimas de violencia de género. Posteriormente, se describirán las manifestaciones que suelen presentarse en este tipo de trabajos, así como sintomatología muy específica, donde nos interesará ahondar en el estrés traumático secundario.

Después, se hará un breve recorrido histórico alrededor del concepto de autocuidado. Se retomará como base el trabajo realizado por Michel Foucault en su concepto del cuidado de sí, para vislumbrar los cambios y modificaciones que ha atravesado este concepto gracias al paso de los avances de la medicina, la ciencia y la misma cultura, hasta llegar a las propuestas actuales sobre las prácticas de autocuidado y su posicionamiento dentro de la vida cotidiana de los sujetos y las instituciones que se dedican a trabajar con temáticas de violencia, pero ligados a una mirada biomédica y biopolítica. Ligado a esto se rescata el concepto de prácticas corporales de Elsa Muñiz para hablar cómo la serie de saberes que giran alrededor del cuidado se encarnan a manera de prácticas muy específicas para los cuerpos.

Posteriormente dentro del capítulo de diagnóstico, después de abordar los conceptos base, se pone sobre la mesa el planteamiento del problema y los objetivos generales y secundarios de investigación, para dar paso a exponer el marco conceptual en el cual se rescatan los ejes centrales por los que atraviesa este trabajo. Después, en el apartado de la metodología, se explica el proceso y técnicas que se desarrollaron para el diagnóstico, para exponer los resultados más relevantes y mostrarlos de manera más visual en un árbol de problemas.

Continuando, se aborda el capítulo referente al proyecto de intervención, el cual se desarrolló a partir del diagnóstico realizado y que expone el proceso desde el diseño, la implementación, el análisis de los datos recopilados y los resultados propios de este.

Así, finalmente con los resultados de la intervención, se pasa a los dos últimos capítulos del presente trabajo, donde se presentan primeramente la discusión, que articulará los resultados obtenidos con la teoría existente, que nos permita una mayor comprensión sobre los fenómenos que se observaron durante este proceso. Y para finalizar, en el capítulo de conclusiones se exponen los aspectos más funcionales del proyecto de intervención y los que se pueden mejorar en próximas investigaciones.

Capítulo 1. Antecedentes y Marco Teórico

Me parece pertinente que antes de abordar de lleno los conceptos primordiales para este trabajo de investigación, se tiene que dar un breve recorrido por otros conceptos que de igual manera nos competen para entender la línea que pretende seguir este trabajo. Entender la violencia de género y cómo ésta llega a posicionarse dentro de las instituciones que pretenden ponerle un freno, es importante para establecer algunas de las fuentes de donde pueda estarse generando o reproduciendo, para así tener un punto de partida claro y trabajar efectivamente para contribuir al entendimiento de los factores que posibilitan o impiden el ejercicio de prácticas de autocuidado.

Quiero comenzar de una manera general abordando el concepto de violencia propuesto por la ONU y citado por la Dra. María Guadalupe Huacuz Elías:

Violencia:

todo acto por el cual se usa la fuerza (física, verbal y/o emocional) para lograr que otra u otras personas hagan o dejen de hacer algo, aunque no estén de acuerdo. Todo acto de abuso o coerción en el que una persona con mayor prestigio o poder atenta contra los bienes, libertad, salud y derechos humanos de otras personas, amenazándolas u obligándolas a realizar actividades que las puedan poner en peligro y que vayan en contra de su voluntad e integridad como seres humanos [ONU].
(Huacuz, 2010, p.12)

A través de la historia de la humanidad hemos sido espectadores de una larga lista de actos violentos. Violencia a través de las múltiples guerras, ya fuera para conquistar territorios ajenos o por cuestiones ideológicas, violencia cuando se quemaron a miles de mujeres por ser acusadas de brujería, violencia cuando se impuso a pueblos indígenas una religión

diferente a la que ya tenían, violencia cuando personas de color fueron utilizados y utilizadas como esclavos por gente de “raza superior”, etc.

El común de todos estos acontecimientos históricos yace en los diversos tipos de relaciones de poder que a lo largo de la historia se han establecido en diversas culturas, porque se entiende que al hablar de relaciones de poder hay muchos abordajes, donde se ubica el ejercicio de relaciones tanto benéficas y productivas entre personas, como otras tantas que obedecen al orden de la dominación del otro. Aquí se abordarán las últimas mencionadas, que alimentan en gran medida la dinámica de la violencia, donde algunos pocos mantienen el control y el mando de aquellos y aquellas más vulnerables en diversos ámbitos (que no tienen un acceso equitativo a recursos como educación, acceso a la justicia, a algunos bienes materiales u oportunidades de crecimiento personal o económico que les permitan tener otro estilo de vida que rompa con la relación “amo-dominado”), inclusive cómo este tipo de relaciones de poder incide en cómo cuidamos de nuestra persona, tanto en lo físico como en lo mental.

Toda esta dinámica y ejercicio de relaciones de poder aún hoy en día se mantienen y se manifiestan en los diferentes círculos socio culturales. Las relaciones de poder que degeneran en la violencia pareciera que son aceptadas, normalizadas y reproducidas como parte de la vida cotidiana entre las personas (hombres y mujeres), de acuerdo a categorías, determinaciones y atributos establecidos socialmente por la cultura, con base en una determinación de genotipo (Lagarde, 1994). Un caso claro es la violencia de género. Marcela Lagarde hace mención sobre la cultura dominante que atraviesa a los géneros diciendo que, de las atribuciones que hablan únicamente del orden del sexo biológico se extienden atributos específicos a hombres y mujeres, y éstas, además, “asignan características económicas, sociales, jurídicas, políticas y culturales” (p.4).

Esto juega un papel importante, porque nos permite observar con claridad esta dinámica entre los ejercicios de relaciones de poder, específicamente los vinculados a las construcciones alrededor del cuerpo de las personas. Siendo seres humanos determinados de acuerdo al sexo biológico, se logra eclipsar momentáneamente la generación de pensamiento subjetivo y crítico, donde se pueda poner en tela de juicio las determinaciones establecidas

en torno al cuerpo sexuado. A partir de la construcción de la categoría de género que permea sobre estos cuerpos, es como también se tiene un dominio sobre estos. Esta categoría construye un orden social partiendo de asignar atribuciones a los portadores de esos cuerpos (Lagarde, 1994) de tal manera que si alguien sale del estándar marcado, puede llegar a ser excluido, señalado y violentado al privarle de sus derechos humanos, y por supuesto, esto tiene gran impacto en la manera en que ejercemos cierto tipo de prácticas que pueden influir significativamente en nuestro autocuidado.

Marta Lamas reafirma este punto cuando hace mención sobre cómo cada cultura establece un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que dan atributos específicos a mujeres y hombres, que además, reglamentan y condicionan la conducta objetiva y subjetiva, ya que la sociedad construye ideas de lo que deben ser las mujeres y los hombres (Lamas, 1996). La normalización de estos esquemas ha establecido una dificultad abrumadora para visualizar las problemáticas que trae consigo la justificación de la violencia de género y ha fungido como barrera para la ejecución de prácticas de autocuidado entre las personas.

Sin embargo, frente a este tipo de antecedentes, surgieron grupos como los frentes feministas, que abrieron la perspectiva de análisis respecto a este tipo de construcciones culturales en torno al género y sus repercusiones sociales. Dando pie a establecer que la violencia también es, en gran medida, permeada por este tipo de construcciones, las cuales llegan a establecer criterios de discriminación y abuso en relación a los atributos dados a cada sexo.

Se puede determinar entonces que la violencia de género es:

Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada [ONU, 1993].
(Huacuz, 2010, p.12)

Lo siguiente sería preguntarnos sobre la relación entre la violencia de género y la salud de las personas. Partiendo del concepto de salud que establece la OMS, esta se entiende como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, s.f.), por supuesto que estos puntos pasan por la incógnita del género, atravesados al mismo tiempo por las construcciones socioculturales antes mencionadas, ¿cómo se construye el bienestar físico, mental y social, a partir de lo que se ha estructurado que debe ser una mujer o un hombre? ¿y cómo esto tiene relación con la violencia de género y las prácticas de autocuidado?

Un punto de acercamiento es a partir de la división sexual del trabajo, los roles y los estereotipos de género. Dadas las construcciones que establecen lo que debe ser un hombre o una mujer, también se asignaron roles específicos en el campo laboral, conductas y prácticas en relación a la salud. Por ejemplo, cuando se reafirma que “basándose en los estereotipos sobre el rol del género, se entiende que los hombres deben desarrollar una actividad central o productiva, mientras que las mujeres están destinadas a una actividad periférica o reproductiva” (Cruz, s.f., p. 49).

Con la gama de estereotipos de género, se incorporaban características de acuerdo a los atributos físicos, por lo que las mujeres eran puestas del lado de la ternura, lo delicado, lo débil, encargadas del hogar y de la crianza de los hijos. Mientras que por el contrario, el hombre contaba con la fuerza, representantes de la familia y principales proveedores de lo económico, temerarios y arriesgados, incapaces de involucrarse con las tareas del hogar y los sentimientos, que son propiamente femeninos (Cruz, s.f.).

Este tipo de afirmaciones, trae consigo consecuencias. Por un lado, justifica la violencia de género, en medida que se limita la participación de ambos en prácticas que les sean benéficas, ya que social y culturalmente están restringidas por su condición de género. También por el forzamiento a desempeñar un papel específico frente a la sociedad con fines de poder encajar y no ser discriminados y por supuesto, por el riesgo al que se exponen física, emocional y mentalmente al cuestionar los roles y estereotipos. Cabe enfatizar que la permanencia de este tipo de estereotipos trae consigo repercusiones en la salud de hombres y mujeres.

Se ha demostrado que en el cumplimiento de los estereotipos de género, las funciones y tareas que debe desempeñar cada persona, pueden volverse factores estresantes o de riesgo importantes, inclusive para llevar a cabo prácticas de autocuidado. Por ejemplo, con la inclusión de la mujer al campo laboral, las mujeres que son madres de familia, realizan una triple jornada laboral, al cumplir con los roles del trabajo, del hogar y de ser madre al mismo tiempo, lo que implica en ocasiones que estos sean factores que detonan estrés (Cruz, s.f.), ya que en la visión estereotipada sobre las madres que se entregan y dan todo por su familia, muchas veces, ellas dejan de lado su propio bienestar y cuidado.

Por otro lado, gracias a los estudios sobre las masculinidades, se ha dado cuenta que los hombres se rigen por el modelo de una masculinidad hegemónica que los presenta como dominantes y fuertes. Al intentar cumplir esos estereotipos de tener mayor independencia, ser “naturalmente” violentos y temerarios, llegan a tener prácticas que resultan riesgosas para ellos. Incluso establecen presiones y límites sobre su vida en relación a no demostrar afecto, sentimientos, sensibilidad y no tener un papel activo durante la crianza de los hijos, por lo que el autocuidado es un tema casi inexistente en lo que refiere a los hombres (De Keijzer, 2003).

Dichos estereotipos y roles de género llegan a dar paso a la violencia de género que atraviesa diversas esferas de la vida. Por ejemplo, en el ámbito laboral, se estima que el 26.6% de las mujeres experimentaron algún acto violento, principalmente de tipo sexual y de discriminación por razones de género o por embarazo (ENDIREH, 2016). Y en relación a las prácticas de cuidado, hay 11.1 millones de personas de 12 años y más que realizan trabajos de cuidado de uno o más integrantes de su mismo hogar, lo que representa el 28.4% de las y los integrantes de su mismo hogar; sin embargo, hay un sesgo por género ya que el 39.9% son mujeres y 15.9% hombres (ELCOS, 2012), lo que ratifica que sigue imperando que el cuidado a los demás sea un trabajo feminizado, pero no necesariamente extrapolado para sí mismas. Estos datos nos dejan con algunas interrogantes dignas de estudio: ¿estos estereotipos y roles de género influyen en el cotidiano en nuestra población de interés? Si así fuera, ¿a qué imperativos las someten? Y ¿cómo afectan sus posibles prácticas de autocuidado?

Lo interesante de la relación entre estos factores (violencia de género – salud) es que determinan fuertemente no solo la apariencia de las personas, sino también su conducta y pensamiento, mismos que traspasan la barrera de lo personal y se llevan al ámbito de la socialización. Es aquí donde la violencia de género permea en diversos espacios públicos, inclusive en las instituciones creadas para ponerle un alto, ya que, al seguirse reproduciendo ciertos estereotipos con base en el género, generan un choque entre los modos arraigados culturalmente, los valores y estándares de atención que pretenden lograr y la manera en que las trabajadoras ejercen prácticas de autocuidado. Así, es de vital importancia considerar prácticas de autocuidado para dar un giro significativo a la violencia de género, pudiendo tener un punto de partida desde el trabajo en las instituciones y su inserción en los protocolos existentes.

1.1 Un Problema de Protocolos

Una vez reconocida la problemática que representa la violencia de género, se tiene que reconocer que incluso dentro de las instituciones que han sido construidas para erradicarla, no hay una garantía sobre técnicas que permitan abórdala eficientemente. De hecho, se ha reportado que es un problema de salud pública y de violación de derechos de las personas¹, el cual impone una problemática importante para los gobiernos y donde existen serios rezagos (Huacuz, 2010, p.4).

Ha habido un esfuerzo considerable para mejorar la eficiencia de las instituciones de atención de la violencia de género, a través de leyes, propuestas y protocolos de actuación. Sin embargo, se ha encontrado que dichas instituciones cometen revictimización (Meza-de Luna, 2010), en donde terminan reproduciendo la violencia bajo los esquemas donde se normalizan este tipo de conductas, no sólo con quienes llegan a éstas, sino también dentro de la relación entre los mismos trabajadores y trabajadoras. Por ejemplo, asignando culpas a las

¹ Que tiene más peso sobre la violación de los derechos de las mujeres.

víctimas de la violencia que reciben, en lugar de aterrizar el problema con perspectiva de género. De hecho, se ha señalado que:

...hay una gran variedad de acciones orientadas a prevenir la violencia y prestar atención y apoyo a las víctimas, pero en general éstas se realizan sin coordinación, con escasos recursos y con diferentes orientaciones. Tampoco existen diagnósticos ni criterios metodológicos compartidos, lo que impide contar con cifras comparables que sirvan de base para la planificación de políticas. (Rico, 1996, p.9)

Todo ello aunado a otras prácticas (*e.g.*, ineficacias del sistema, desinterés, falta de formación) confirma que por más que el punto sobre la igualdad esté como foco central en el art.4º de nuestra constitución, la sociedad desigual tiende a repetir este tipo de esquemas desiguales en todas sus instituciones (Lamas,1996), lo que hace que la falta de autocuidado puede llegar a incrementar las deficiencias en el funcionamiento en las IAMV, como se expone más adelante.

Al analizar los protocolos institucionales existentes en el estado de Querétaro encontramos que el autocuidado está desatendido en las IAMV. Una característica fundamental es que los protocolos tienen objetivos específicos en tres vertientes principales:

- 1) **Atención.** Establecer procedimientos para dar atención a personas que solicitan un servicio, como lo marca el “Protocolo para la atención de usuarias y víctimas en los Centros de Justicia para las Mujeres en México” (2012).
- 2) Establecer los **lineamientos de conducta y de ética** con los cuales se rigen y dirigen quienes trabajan dentro de las instituciones, así como establecer los procedimientos a seguir en caso de que no se cumplan estos criterios, ejemplos de este tipo son “Código de conducta del INMUJERES” (2017) y “Procedimiento y protocolo para la atención de quejas y denuncias que se presenten ante el comité de ética y de prevención de conflictos de interés del Instituto Nacional de las Mujeres” (2017).

3) **Relaciones entre trabajadores.** Estos protocolos buscan salvaguardar la integridad y seguridad de quienes trabajan en las mismas instituciones, como se puede ver en el “Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual en las dependencias y entidades de la administración pública federal” (2016).

Como se observa dentro de estos protocolos se propone de manera muy precaria, casi inexistente, el trabajo directo con las manifestaciones derivadas de trabajar con temáticas de violencia que se pueden presentar y manifestar en las trabajadoras de estas dependencias. La carencia de prácticas de autocuidado, ante el impacto que puede generar la violencia en la propia persona que atiende a quienes la han experimentado, está desatendida. Justamente, este es el vacío que quiero resaltar.

Efectivamente, algunos protocolos institucionales están dirigidos a un trabajo directo con el personal, donde se menciona la importancia de dar capacitación y talleres sobre sensibilización de algunas temáticas, entre las rescatadas: el acoso sexual laboral, el hostigamiento sexual, violencia hacia las mujeres y cursos de certificación para la formación constante de las personas que trabajan con víctimas de violencia, y todos estos a su vez con perspectiva de género. Si bien, la formación y capacitación constante es un factor importante para saber realizar una tarea determinada, estos pequeños puntos marcados dentro de los protocolos, van dirigidos a la cuestión del control y “autorregulación” de ciertas conductas que pueden interferir en los estándares éticos, de calidad y de responsabilidad que ofrecen las instituciones. Sin embargo, no abarcan un trabajo directo con los diferentes posicionamientos subjetivos y los trasfondos de cada problemática que pueden manifestar las trabajadoras en su ejercicio profesional con temáticas de violencia. También se resalta la vaguedad hacia quienes va dirigido este tipo de asesoramiento, formación o capacitación. Lo que resulta problemático ya que favorece la reproducción de esquemas violentadores de los que hemos hablado y que podrían ejercerse por diferentes instancias en las IAMV.

Estos puntos son claramente observables casi al final del Código de Conducta del INMUJERES:

Este código de conducta del INMUJERES proporciona una orientación clara y útil sobre los modelos de acción esperados por toda persona que desempeña un cargo público en este instituto, como un mecanismo de autorregulación individual desde un punto de vista ético y responsable, siendo una referencia y apoyo para la toma de decisiones. (INMUJERES, 2017, p.21)

También podemos rescatar los incisos b, c y d del “Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual en las dependencias y entidades de la administración pública federal” (CONAVIM, 2016, p.7), en los cuales se abordan las acciones específicas para prevenir estas conductas dentro de las instituciones:

- b) Asegurar que la totalidad del personal reciba al menos una sesión anual de sensibilización sobre el hostigamiento sexual y acoso sexual.
- c) Brindar facilidades para el proceso formativo de sensibilización de las y los integrantes de los comités y para la certificación de las personas consejeras.
- d) Promover una cultura institucional de igualdad de género y un clima laboral libre de violencia, y documentar la campaña de difusión que anualmente se lleve a cabo, entre otros, para prevenir y erradicar el hostigamiento sexual y acoso sexual.

Es interesante analizar estos puntos dentro de los protocolos, ya que nos acerca a otro marco de observación, la falta de responsabilidad sobre la demanda de un tipo atención específica que surge en el personal institucional frente al trabajo con temáticas de violencia, y que debe proporcionarse a las trabajadoras de las instituciones. Con esto no quiero decir que las instituciones no tomen en cuenta sus responsabilidades con la sociedad y los valores que profesan en función de aplicar, lo más posible, procedimientos éticos que hablen y reflejen una calidad de atención a la víctima. Pero resulta contradictorio y cuestionable que si bien parte de la responsabilidad de las instituciones radica en proveer recursos, como

cursos de sensibilización o de certificación, se deje de lado el cuidado de quienes están expuestos a la atención de la violencia ya que “el nivel de cuidado de los equipos, que es responsabilidad de los niveles directivos e institucionales, en términos de generar condiciones “cuidadosas” y protectoras para el trabajo de sus equipos” (Arón & Llanos, 2004, p.6), debe ser algo prioritario, porque finalmente las instituciones están constituidas y se realizan por las personas que trabajan en ellas.

Es decir, por un lado, las instituciones emplean prácticas que se pensaría cumplen con satisfacer esta demanda de atención, sin embargo, la realidad en la experiencia de las personas que trabajan dentro de la institución y de aquellos y aquellas que se han acercado a estas, dan testimonio sobre que las mismas instituciones reproducen esquemas de violencia y que no hay medidas que aborden el trabajo directo con este tipo de manifestaciones.

1.2 Importancia de las Prácticas de Autocuidado en las Personas que Trabajan en IAMV

La falta de programas que incluyan y fomenten prácticas de autocuidado en personas que trabajan con víctimas de violencia pueden tener efectos nocivos y afectar el trabajo institucional, porque al no tener modelos que puedan explicar este tipo de paradojas institucionales, donde se argumenta una importancia al autocuidado, pero en la práctica se ven omisiones al respecto, se tiende a atribuirlos a déficits personales, ya sean propios como del resto de los integrantes de un equipo de profesionales (Arón & Llanos, 2004,). Aquí radica la importancia de analizar las representaciones manifiestas sobre el autocuidado en la experiencia de vida y prácticas de los y las trabajadoras de las instituciones dedicadas a la prevención y atención de la violencia de género. Con el fin de favorecer tanto su calidad de vida como de potenciar la calidad del servicio que ofrecen dentro de las instituciones. Esto último, sabiendo que las decisiones que sustentan nuestras acciones están impregnadas de factores de los cuales no necesariamente, y en la mayoría de las veces, somos conscientes y

que podrían sabotear los resultados esperados, por lo que deberíamos tomar consciencia de su presencia (Turvey & Coronado, 2016).

Hay criterios subjetivos presentes en todo momento, nuestra forma de pensar y ver el mundo depende mucho de nuestra historia personal, de nuestra personalidad y nuestros procesos de razonamiento. Es por ello, que el trabajo institucional se ve constantemente incompleto, ya que se deja de lado o no se llega a tomar como un problema serio la subjetividad del trabajador, la cual puede permear y nublar su visión en relación a situaciones que requieren una perspectiva de género efectiva, así como un trabajo empático donde no se vuelva a violentar a quien llega a la institución.

1.3 El Trauma y los Estados de Tensión

Según Cabizat (2002), el trauma psicológico tiene una relación significativa con la generación de sucesos de orden social, político y cultural. Si bien el trauma permea en todos los ámbitos, desde lo personal hasta lo social, tiene manifestaciones muy específicas dentro de cada una, llevándonos a pensar que “las manifestaciones del trauma recorren horizontal y verticalmente a la sociedad” (Cabizat, 2002, p.38). El estudio del trauma ha estado ligado a la historia de la humanidad y a las condiciones políticas de cada época, dando testimonio de acontecimientos que marcaron esta historia. Por ejemplo, los efectos psíquicos tras las grandes guerras y a las repercusiones sociales que tuvieron después, dio paso a tratados políticos para prevenirlo. El autor retoma el trabajo de Judith Herman (1997), quien realiza una clasificación y divide la historia en tres etapas que corresponden a los momentos sociopolíticos donde se elaboró un estudio del trauma:

- El estudio de la histeria: en este punto retoma los trabajos realizados en París por Charcot, quien notó una relación entre la histeria y los traumas sufridos, dándole crédito por su contribución a mirar desde otra perspectiva los discursos e historias de la gente, que antes eran tomados como simulaciones o incluso posesión de algún demonio. Después del trabajo de Charcot, sus alumnos, Freud y Pierre Janet, además

de vincular como causa de la histeria al trauma psicológico, señalaron que éste producía un estado alterado en la conciencia.

- Las neurosis de guerra: aquí rescata los trabajos realizados en relación al trauma y su sintomatología a partir del estudio de las consecuencias de la guerra y el combate de los movimientos que dieron origen a la primera y segunda guerras mundiales y las guerras de Corea y Vietnam. Quien retoma los estudios sobre las neurosis de guerra es Charles Myers, que en 1915 postula que los síntomas que presentaba un soldado eran de orden psicológico. En 1941 Abraham Kardiner describe síntomas asociados al estrés postraumático. Por supuesto también se vio el paso de los psiquiatras en la creación de conceptos para el DSM, que gracias al trabajo de Charles Figley, un veterano de guerra que investigó sobre el tema, crea su libro “Stress disorders among Vietnam veterans”, donde aborda las características de lo que luego se conocería como trastorno por estrés postraumático, dando pie al reconocimiento de la existencia de un trastorno producido por eventos traumáticos. De este trabajo, la American Psychiatric Association, incorpora el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático en el año de 1980.
- La violencia doméstica y sexual: Herman hace mención que gracias a los movimientos feministas de los años 70 se dio un giro en la mirada social, que se volcó en una realidad dejada de lado durante mucho tiempo: la violencia sexual y doméstica de mujeres, niñas y niños. A partir del estudio de estos hechos, revelaron que las víctimas de violencia sexual y doméstica presentaban una sintomatología muy similar a la de los veteranos de guerra. Trabajos rescatables en este ámbito fueron los foros organizados en 1971 por New York Radical Feminists para hablar sobre los efectos de la violación, también el trabajo de Ann Burgess y Linda Holstrom para hablar de síndrome de trauma por violación; y en 1979 la introducción del término “síndrome de mujer golpeada” por Leonore Walker. Todos estos antecedentes dieron pie a que en el año de 1985 fuera fundada, por iniciativa de Charles Figley, la ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies), una sociedad internacional de profesionales dedicados al estudio del trauma psicológico.

Cazabat (2002) hace hincapié en la importancia de no abandonar hoy en día el estudio del trauma psicológico, ya que son múltiples sus manifestaciones, ya sea que tengan un origen en lo natural como los huracanes y terremotos, o que sean producto del ser humano como el terrorismo, la marginalidad, el aumento de la criminalidad, etc., y que su estudio yace en la responsabilidad de los profesionales que se dedican a la profundización de estos temas.

Dentro de este marco histórico contextual, en el estudio de las interrogantes que rodean al trauma psicológico tenemos un campo de aproximación a nuestro tema de interés, a través del estudio de las manifestaciones que se presentan cuando nos encontramos frente a sucesos y hechos traumáticos, para permitirnos entonces, ahondar aún más sobre las posibilidades que tenemos para hacerles frente. Esto no está muy alejado de lo que podemos encontrar dentro de las IAMV.

De este punto Teresa E. Ojeda (2006) menciona:

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. (Ojeda, 2006, p. 21)

También resalta un punto importante al hablar de “estados de tensión” y marca dos posibles fuentes de sus orígenes:

- Origen externo: Cuando este tipo de tensiones provienen de circunstancias externas al profesional de la salud, pone como ejemplo la práctica laboral, que va desde escuchar a las víctimas constantemente, identificar su vulnerabilidad, la observación de las carencias en los protocolos de atención y en las instituciones, la falta de recursos que limitan su trabajo, etc.
- Origen interno: Cuando estas tensiones provienen del mundo interior de las mismas personas trabajadoras. Se producen cuando en el trabajo con víctimas se confrontan valores, creencias y pensamientos personales, así como caer en un estado de

reconocerse de la misma manera vulnerable y temer pasar por una situación similar a la de los casos que atiende, al recordar alguna situación de violencia que se experimentó en el pasado, al tener sentimientos de culpa al ver que no se haya efectuado un cambio significativo en la víctima que se atiende, etc.

1.4 Manifestaciones Derivadas de Trabajar con Temáticas de Violencia

Es pertinente en este punto hacer un recorrido conceptual sobre las manifestaciones que más se presentan en los y las trabajadoras que cumplen un cargo dentro de instituciones que atienden a víctimas de violencia, así como sus características más visibles.

La importancia de poder mencionar las manifestaciones, sus características, así como su sintomatología, radica principalmente en que hay una gran variedad de estas. Tener la oportunidad de describirlas hace posible poder identificarlas con mayor facilidad, sin dejarlas pasar por alto o no dándoles la importancia que representan sus repercusiones. Así se puede enlistar una serie de manifestaciones, tales como el *burnout*, la traumatización de los equipos o la movilización de las propias experiencias de violencia. Sin embargo para los fines de este trabajo, se va a centrar el foco de atención en el estrés traumático secundario o traumatización vicaria.

1.4.1 Estrés traumático secundario.

Para comenzar hay que marcar como un punto importante que en este tipo de manifestación se pueden encontrar a lo largo de la literatura varios términos a modo de sinónimos que lo describen, Bernardo Moreno Jiménez y colaboradores (2004), hacen una recolección de estos términos y mencionan algunos como:

- Traumatización secundaria (Follete, Polusny & Milbeck, 1994)

- Persecución secundaria (Figley, 1982)
- Tensión secundaria traumática (Figley, 1983, 1985, 1989; Figley & Stamm, 1997)
- Traumatización vicaria (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995a), y
- Sobreviviente secundario (Remer & Eliot, 1998^a; 1998b)

El estrés traumático secundario o traumatización vicaria es definido como las emociones y conductas resultantes de enterarse de un evento traumático experimentado por otro. Se produce en las personas que trabajan directamente con supervivientes de estos eventos traumáticos, quienes se sienten comprometidas y responsables de ayudarlas. Lo que genera un proceso de cambios en su bienestar psicológico, físico y espiritual, que probablemente afectará en gran medida no solo a la persona que brinda la atención, sino también a su familia, a la organización a la que pertenece y a los beneficiarios de su trabajo.

Este tipo de manifestación es un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo, tiene el efecto de que la persona reproduzca en sí misma los síntomas y sufrimiento de las víctimas, apareciendo cuando el trabajador se contacta con sus propias experiencias de abuso y maltrato, consciente o no, actuales o pasadas, las cuales aún no son integradas en su vida. Puede incidir negativamente en el trabajo, los compañeros de trabajo, el funcionamiento de la organización en general y la calidad de la asistencia que se presta a los destinatarios del propio trabajo (Guerra, Fuenzalida & Hernández, 2009; Pearlman & McKay, 2008; Arón & Llanos, 2004; Moreno, Morante, Losada, Rodríguez & Garrosa, 2004; Ojeda, 2006).

Ojeda (2006), aborda la sintomatología que caracteriza a la traumatización vicaria destacando tres puntos fundamentales que presentan quienes trabajan con víctimas de violencia:

- Re experimentación de los acontecimientos traumáticos: manifestándose por medio de sueños, pesadillas y recuerdos recurrentes que generan malestar y angustia cada vez que la persona rememore la situación traumática.

- Evitación y embotamiento de la reactividad general: referido como el esfuerzo que tendrá que realizar la persona para evitar pensamientos, actividades, personas y lugares que le recuerden la situación traumática, presentándose como una disminución de interés y participación en actividades significativas.
- Estado de alerta incrementado: consecuencias de estar en un estado de hipervigilancia, se pueden ver dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, explosiones de ira y respuestas exageradas de sobresalto.

Complementando con el trabajo de Pearlman & McKay (2008), ellos aportan otros puntos característicos que se presentan en esta sintomatología son los problemas como los siguientes:

- Manejar las emociones.
- Aceptarse o sentirse a gusto con uno/a mismo/a.
- Tomar buenas decisiones.
- Manejar los límites entre uno/a mismo/a y los demás.
- Establecer relaciones.
- Físicos como dolores, enfermedades, accidentes.
- Sentirse conectado con la realidad circundante.
- Pérdida del sentido de vida y de la esperanza.

1.5 Prácticas Corporales de Autocuidado. Un Acercamiento al Trabajo de Autocuidado

Dada la amplia gama de manifestaciones que se presentan en el trabajo institucional con víctimas de violencia, se hace evidente que a la par se realicen propuestas que tengan como fin prevenir este tipo de fenómenos que ponen en riesgo la efectividad del trabajo institucional, pero aún más importante, ponen en riesgo a los pilares que hacen funcionar a las mismas instituciones: sus trabajadores y trabajadoras.

La concepción de cuidado, su significado, el cómo ha sido entendido y puesto en práctica a lo largo de la historia, tiene que ver con un constructo cultural que ha sido encarnado en una serie de prácticas que tienen relación con épocas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene sobre este concepto. Al mismo tiempo que varios factores como la ciencia, la historia y la cultura misma han tenido un papel fundamental para su evolución y el cómo concebimos el cuidado hoy en día (Uribe, 1999).

Comencemos haciendo un recuento de los cambios respecto a las conceptualizaciones de las prácticas de autocuidado que han ido transformándose a lo largo del tiempo. Retomo principalmente el trabajo de Michel Foucault (2002), uno de los pensadores filosóficos que rescata dos principios de las antiguas escuelas griegas: lo que se conocerá como “*epimeleia heautou*” la inquietud de sí mismo y la “*gnothi seauton*” el conocimiento de sí, una de las principales prácticas realizadas por las corrientes filosóficas antiguas, y cobijadas más adelante, por el cristianismo, lo cual modificó el significado que éstas planteaban en un inicio.

Para los antiguos griegos era importante la realización de este tipo de práctica donde se daba una mayor importancia sobre las relaciones que tenía el sujeto consigo mismo. Este tipo de actividades tenía que ver con el cuidado del cuerpo, lo correspondiente a los regímenes de salud, el ejercicio físico, la alimentación, el cuidado sobre los excesos al satisfacer algunas necesidades; pero al mismo tiempo tenía que ver con un cuidado del alma, mediante la constante reflexión y medida de las actividades que uno llegaba a realizar y cómo esto a su vez estaba también ligado a un tipo de relación con los otros.

Foucault marca el cuidado de sí como una práctica ascética, “un ejercicio de sí sobre sí por el cual uno intenta elaborarse, transformarse y acceder a un determinado modo del ser” (Foucault, 2000, p.258). Para esto era necesario el conocimiento de sí, para llegar a un tipo de práctica “ethos de la libertad”, lo cual implica que el cuidado de sí es también un cuidado de los otros, ya que involucra relaciones complejas que siempre apuntan al bienestar de esos otros, en un sentido de la no-dominación, aquí el ethos implica una relación hacía con los otros en la medida que el cuidado de sí vuelve capaz de ocupar, en la ciudad, en la comunidad o en las relaciones interindividuales, el lugar que le compete, ya que el cuidado de sí implica también una relación con el otro (Foucault, 2000). En un sentido, se puede decir que el

cuidado de sí estaba dirigido a la formación no solo de los ciudadanos, sino también de sus gobernantes, ya que:

...el que cuidase como se debe de sí mismo, se encontraría por ese mismo hecho en grado de conducirse como se debe en relación a los otros y por los otros. Una ciudad en la cual todo el mundo cuidase de sí como debe, sería una ciudad que andaría bien y que encontrará allí el principio ético de su permanencia. (Foucault, 2000, p.264)

Sin embargo, con la llegada del cristianismo, quienes reapropiaron y dieron otro giro a las prácticas de las antiguas escuelas filosóficas, como el examen de sí y la dirección de la conciencia, redireccionaron este tipo de prácticas, las cuales fueron traducidas a otro contexto marcado por modalidades que fungían como un ejercicio de control y sobre métodos para extraer la verdad del sujeto por medio de otros rituales, como lo fue la confesión (Foucault, 2016). Aquí ya no se apuntalaba a la forma de autocuidado establecida por los griegos, sino que se cambió el simbolismo y el significado que se daba al cuidado con la relación del contacto del cuerpo propio y del otro, y se transformó a una preocupación más centrada en lo individual (Uribe, 1999).

Por otro lado, también tiene que tomarse en cuenta los cambios en la traducción que se hizo de la conceptualización del cuidado con el avance científico, médico y tecnológico; evolución que marco una distorsión en cómo se llevan hoy en día determinadas prácticas en relación al autocuidado, y al mismo tiempo, que tienen una fuerte relación con la cultura, que determinó las prácticas de autocuidado que son propias de hombres y mujeres.

Para este punto, retomaré el trabajo realizado por Tulia Uribe (1999), quien remarca significativamente los puntos centrales dentro de este recorrido sobre las modificaciones en la concepción del término del cuidado y cómo se han establecido y promocionado ciertas prácticas de autocuidado hasta nuestros días. Empieza retomando los conceptos que la lengua inglesa desarrolló en relación al cuidado; en ésta se conceptualizaron dos tipos de cuidado que aludían a naturalezas diferentes: los cuidados de costumbre, que estaban relacionados a la función de conservar y dar continuidad a la vida, cuidados de tipo biopsicosocial que son proporcionados y aprendidos dentro del proceso de socialización; y los cuidados de curación,

que van dirigidos a la necesidad de curar todo aquello que sea obstáculo para la vida, utilizados para el tratamiento de la enfermedad, incluyendo los cuidados de tipo terapéutico.

Por el lado de la medicina, resaltan dos factores que han influido de manera considerable al concepto de las prácticas de autocuidado: en primer lugar, la medicina desarrolló un sistema de salud enfocado en la cura de la enfermedad y no para promover la salud; y, segundo, la utilización de los términos cuidar y tratar como sinónimos a partir de la separación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones, dando la separación entre cuerpo y espíritu.

Esto tuvo como consecuencia que todo lo referente al término de cuidado, englobara automáticamente todo lo relacionado e inherente a la enfermedad y su curación. Al mismo tiempo, mediante la educación para la salud, se modificó en gran medida el estilo de vida de las personas, por medio de ejercicios de prohibición, imposición, del uso del miedo y las advertencias, que determinaron qué tipo de prácticas de autocuidado eran avaladas y aprobadas para mantener el bienestar de las personas. Lo que derivó más adelante en programas dirigidos a la prevención, y una vez más, no en la promoción de la salud. Tanto la prevención como la promoción, tienen como fin la salud, sin embargo, la prevención sitúa el punto de referencia a partir de la enfermedad, cuyo límite y fin es la muerte. Por otro lado, la promoción hace énfasis en la optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como un camino sin principio ni final, implantando políticas saludables y cambios en el entorno de vida de la persona (Uribe, 1999).

Por supuesto, aquí también se rescata el papel de la cultura y cómo permea en los comportamientos humanos y con ello cómo se han adaptado estos conceptos a las prácticas de autocuidado. En este sentido, Uribe (1999) menciona que en la relación autocuidado-cultura se pueden distinguir tres ejes importantes:

- 1) Los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales: en este sentido las personas dirigen sus comportamientos de acuerdo a su sistema de creencias y tradiciones culturales. Los cuales determinan en gran medida las prácticas de autocuidado, ya que este sistema de representaciones está permeado por la acumulación milenaria de

supersticiones y mitos, que en un inicio ayudaron a dar explicación a ciertos fenómenos a falta de una explicación con base científica, lo que ha derivado actualmente en una dificultad para transformar prácticas que tienen relación con el autocuidado.

2) La existencia de las paradojas comportamentales: estas fueron descritas por De Roux G para poder entender el comportamiento de las personas frente a las prácticas de autocuidado. Él las definía como comportamientos nocivos que tienen las personas con conocimientos saludables. Esto ponía en evidencia la existencia de patrones que no eran acordes a los comportamientos saludables de la población que esperaba el sistema de salud y los conocimientos de la gente sobre riesgos específicos y su conducta respecto a estos conocimientos, dando cuenta que la gente no necesariamente dirigía sus prácticas hacia la salud, solamente cuando estas se sentían enfermas. Si el fenómeno no es reconocido como nocivo porque está adaptado culturalmente, no hay una relación con prácticas de autocuidado.

3) La socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo: las diversas formas y asignaciones al cuidado que se han establecido a lo largo de la vida humana, fueron establecidas principalmente por la división sexual del trabajo y la ubicación social dada por la cultura a hombres y mujeres, donde de acuerdo a atributos de cada sexo, se establecieron qué prácticas eran propias de los hombre y cuáles propias de las mujeres, dándoles a estas últimas el rol de cuidadoras natas, por su condición de poder dar vida. Este tipo de estereotipos marcó, y sigue marcando, la forma en que hombres y mujeres se posicionan frente a las prácticas de autocuidado, ya que se ha regulado y condicionado todo un conjunto de comportamientos, actos, creencias, ejercicios y saberes con relación al cuerpo, a la enfermedad y a la salud.

Viendo el bagaje del recorrido de la concepción del autocuidado, vale la pena cuestionarnos sobre cómo estas propuestas discursivas y de saberes se inscriben en los cuerpos y determinan las conductas, los comportamientos y las prácticas de los sujetos. Para tal fin, rescato el concepto de “prácticas corporales” propuesto por Elsa Muñiz (2010).

Muñiz (2010) refiere que hablar de prácticas corporales es en buena manera una herramienta para romper primeramente con el dualismo cartesiano en el cuerpo; en su texto no solo refiere a prácticas corporales, también a representaciones, con el fin de no limitar el cuerpo como un objeto de estudio, sino cómo el cuerpo se vuelve un espacio de inscripción.

Las prácticas corporales se relacionan con estos usos y disciplinas que tienen que ver con los cuerpos y que tienen diferentes puntos de análisis, como el biopoder, “el poder que actúa sobre el cuerpo de los individuos a través de disciplinas, discursos y prácticas concretas, ...cuyos efectos se han destinado a la producción de cuerpos dóciles” (Muñiz, 2010, p. 39), los patrones estéticos, la sexualidad, la necropolítica y la subversión.

Para desarrollar esta propuesta conceptual, Muñiz (2010), a partir de la lectura que realiza de Foucault, elabora la noción de dispositivo corporal para definir a las prácticas corporales como un eje de análisis:

En el pensamiento foucaultiano, las prácticas son entendidas como sistemas de acción en la medida en que están habitados por el pensamiento, implica racionalidad o regularidad que organiza el hacer de ellos sujetos, tienen un carácter sistemático (saberes, poder, ética), son de índole general y recurrente, por ellos constituyen una experiencia o un pensamiento. Por su parte, los discursos son conjuntos de enunciados que provienen de un mismo sistema de formación (discurso clínico, discurso económico, discurso científico). (Muñiz, 2010, p.38)

Aquí la episteme serían no solo los discursos, sino las líneas de visibilidad que dan cuenta de lo no discursivo. Por eso Foucault incorpora el término de dispositivo, ya que este incluye el campo del poder, que determina estas líneas de visibilidad, de discursos, de red de relaciones que se establecen entre estos discursos, las instituciones, las leyes, medidas administrativas, lo dicho y lo no dicho sobre el cuerpo y por ende el nexo entre todos estos factores heterogéneos. En este sentido, Muñiz (2010) al hablar de prácticas corporales refiere a estas representaciones y prácticas derivadas de estos saberes (desde la religión, la medicina, los medios masivos de comunicación y la educación), que no están del todo separados, sino

que están ligados por cómo se conjugan unas con las otras, y sobre todo, por cómo se encarnan en los cuerpos.

Una vez habiendo revisado parte fundamental del trayecto histórico respecto a los orígenes y modificaciones conceptuales de las prácticas de autocuidado, de la participación activa de la cultura y el poder para su entendimiento y aplicación en la actualidad, podemos visualizar con mayor claridad algunos de los conceptos empleados por algunos autores que hablan de este tipo de prácticas hoy en día, así como las propuestas puestas sobre la mesa para retomarlas en nuestra cotidianidad.

Desde un punto de vista del trabajo de Morales y colaboradoras (2003), conceptualizan que el autocuidado hace referencia a las actividades que efectúan los individuos, las familias o las comunidades, con el fin de promover la salud y prevenir, limitar y restablecer la enfermedad cuando sea necesario (Morales, Pérez & Menares, 2003).

Por su lado, Tulia Uribe (1999) 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 de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales. (Uribe, 1999, p.116)

Es en este sentido la autora menciona que el autocuidado posee principios que deben ser tomados en cuenta para su promoción:

- 1) El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones, como un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- 2) El autocuidado como una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas por las personas.
- 3) El autocuidado como una práctica social que implica un grado de conocimiento y elaboración de saberes que dan lugar a intercambios y relaciones interindividuales.

Haciendo contraste con lo anterior, María Jesús Izquierdo (2004), vincula lo social, el cuidado y los géneros. Genera un punto de reflexión a partir de la observación de las categorías sociales impuestas a partir del género y cómo estas permean en las prácticas del cuidado. Rescatando puntos fundamentales en su propuesta sobre el cuidado, menciona que éste se encuentra dentro de la encrucijada entre la razón y la emoción, donde se trata de una actividad racional que tiene origen por un estado emocional (Izquierdo, 2004). En este sentido, se pone relación entre los dos aspectos, el emocional y lo racional, a manera que se tiene que alcanzar un grado de conciencia sobre nuestras propias emociones, no solo para entenderlas, sino también para actuar conscientemente sobre éstas.

Izquierdo (2004) remarca este punto, diciendo:

El cuidado, más que una actividad o grupos de actividades particulares, es una forma de abordar las actividades que surgen de la conciencia de vulnerabilidad de uno mismo y de los demás. (Izquierdo, 2004, p. 133)

1.6 Nuestro Concepto de Autocuidado

Al revisar y retomar el trabajo de estas autoras y autores, podemos estar de acuerdo en los puntos que exponen e ir generando el concepto de prácticas de autocuidado al cual estaremos aspirando a lo largo de toda la investigación y el trabajo de intervención.

De esta manera, podemos decir que el concepto que se propone y con el cual se estará trabajando a lo largo de la investigación, recoge puntos fundamentales de los ya expuestos por los autores anteriores, sin embargo, es primordial referirnos que el autocuidado se va a entender como aquellas prácticas corporales que parten de un ejercicio autorreflexivo y de la toma de conciencia sobre nosotros y las pautas vulnerables de nuestro ser. Este trabajo, orientado primeramente a un autoconocimiento, permitirá generar en la medida de las posibilidades, contextos y realidades de quien lo lleva a cabo, opciones que permitan brindar un estado de bienestar, retornando a este ethos de la libertad, que propone reforzar el lazo

social, cuestionando e intentando desligarse de los discursos de sometimiento y control de los cuerpos. Si bien las prácticas corporales de autocuidado se dirigen al alcance de un bienestar, se entiende más como un acto de elección voluntaria de estilo de vida que permite a las personas tomar una posición de responsabilidad sobre ellos mismos, sobre su actuar y andar en el mundo, siendo más consciente de los contextos biopolíticos y los discursos culturales dominantes.

Retomar y reflexionar sobre el concepto de prácticas corporales de autocuidado, nos permite tener un acercamiento certero sobre qué prácticas favorecen no solo el ejercicio profesional de aquellos y aquellas que trabajan con temáticas de violencia, sino como una forma en la que se puede mejorar de forma considerable su calidad de vida y al mismo tiempo, al dar promoción a las prácticas corporales de autocuidado, se contribuye a ir solidificando una cultura consiente e informada que sepa hacer frente a la abrumadora ola de sucesos actuales y que llenan de desolación a más de un alma.

Habiendo revisado los conceptos de algunos profesionales que han tenido un acercamiento a las prácticas de autocuidado, como al estudio de las manifestaciones que pueden derivar de la carencia de estas mismas, sale a relucir de múltiples formas la importancia que tienen este tipo de prácticas dentro de las IAMV, resaltando que no se puede quitar el dedo sobre el reglón que habla de una carencia abrumadora y que se engloba en la pregunta: ¿Qué promueve y sostiene este tipo de ausencia?

Capítulo 2. Diagnóstico de las Prácticas de Autocuidado en Profesionales que Atienden a Mujeres en Situación de Violencia

En vista de los antecedentes y el marco teórico expuestos, se infiere que pudiera estar operando una ausencia significativa de prácticas de autocuidado en las personas que trabajan en instituciones que atienden a mujeres violentadas, lo cual se ve reflejado en problemas asociados a su calidad de vida y con el potencial de afectar su función laboral. Con la intención de desarrollar un proyecto de intervención, se propone hacer un diagnóstico que

permita dar cuenta del estado actual de dicha situación en un contexto específico, y con ello elaborar las acciones adecuadas.

El proyecto de investigación tomará como estudio el caso de una IAMV en Querétaro (ver anexo C). Partirá de la pregunta: ¿cómo perciben y conceptualizan el autocuidado y qué prácticas de autocuidado llevan a cabo las profesionistas que atienden a mujeres víctimas de violencia? y ¿qué tipo de manifestaciones o sintomatología se presentan por este tipo de ausencia de prácticas de autocuidado?

2.1 Objetivos

General:

Mejorar el entendimiento, con perspectiva de género, de la percepción del autocuidado y las prácticas del autocuidado que tienen las trabajadoras una IAMV² en Querétaro.

Específicos:

Tomando como referencia a las trabajadoras de una IAMV en Querétaro, se espera lograr los siguientes objetivos específicos:

1. Indagar de qué manera quienes trabajan con víctimas de violencia, asimilan, valoran, internalizan y manejan el término: “autocuidado”.
2. Conocer sus prácticas de autocuidado en función del género.
3. Determinar los obstáculos que experimentan, en función del género, para poder ejercer prácticas de autocuidado.
4. Clasificar los efectos que tienen las posibles prácticas/ausencias del autocuidado.

² Por razones éticas de anonimato se omite el nombre de la institución de estudio.

2.2 Ejes de Análisis

Para alcanzar los objetivos planteados y con el fin de tener un acercamiento significativo para su comprensión, se trabajará sobre cuatro ejes centrales (ver Tabla 1):

Tabla 1
Ejes de Análisis

Eje / Concepto	Dimensión	Variable / Indicador
Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Física. • Emocional. • Psíquica. 	-Prácticas que hacen a una persona saludable. -Relacionado a la prevención o curación de la enfermedad (modelo biomédico) -Prácticas de autocuidado
Prácticas de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo autorreflexivo y toma de consciencia. • Prácticas corporales. 	-El lugar del autocuidado en la sociedad y en las instituciones.
Género	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectiva respecto a las prácticas de autocuidado según el género. 	¿Cómo se cuidan los hombres? ¿Cómo se cuidan las mujeres?
Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción laboral. • Dinámica en el trabajo. • Cuidado del personal. 	-Percepción del ambiente de trabajo. -Trabajo en equipo / dinámica grupal. -Manifestaciones de traumatización vicaria. -Prácticas o espacios en la institución que promueven el autocuidado.

Fuente: elaboración propia.

2.3 Método

Cabe resaltar que el proyecto de investigación tiene un enfoque cualitativo ya que tiene por meta describir, comprender e interpretar los fenómenos de interés, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de las participantes (Hernández, 2014); desde el orden que se trabajará con el conceptos alrededor del autocuidado a partir de la perspectiva personal de las trabajadoras de la institución, sus vivencias cercanas a la violencia y cómo han internalizado y externalizado roles de acuerdo a su género, al mismo tiempo que se trabajará la perspectiva sobre las prácticas de autocuidado que llevan a cabo.

El presente trabajo tiene un alcance exploratorio por la condición casi inexplorada de alguno de los ejes centrales de la investigación, como lo es la percepción del concepto de “prácticas de autocuidado” que tienen las trabajadoras, cuando estas trabajan con temáticas fuertes como la violencia de género. El alcance exploratorio de la investigación permitirá darnos una línea de acercamiento a estas cuestiones.

2.3.1 Participantes.

Los criterios de inclusión para la selección de participantes fue haber trabajado por lo menos tres meses, en los últimos 5 años, atendiendo casos y víctimas de violencia en la IAMV que fue seleccionada.

Se ha elegido este tipo de población por las siguientes razones:

- Son quienes están en una situación de vulnerabilidad más alta, ya que trabajan directamente con las usuarias que llegan a la institución. Esto implica un mayor involucramiento a nivel físico y mental, por lo que se genera un mayor desgaste en estos dos aspectos, que puede derivar más fácilmente en traumatización vicaria.
- Crear un antecedente que dé cuenta de la importancia de las prácticas de autocuidado dentro de la IAMV.

- Que a largo plazo, no solo las trabajadoras de los módulos de atención lleven prácticas de autocuidado, sino que estas puedan ser ejercidas por todo el personal que conforma la institución.

2.3.2 Muestreo.

La IAMV se seleccionó por oportunidad. La muestra se realizó por saturación teórica, en donde las personas participantes conformaron una muestra con carácter homogéneo (Hernández, 2014), ya que las participantes tuvieron un mismo perfil o características, compartieron rasgos similares, como lo es ser trabajadoras de una IAMV.

2.3.3 Técnicas e instrumentos.

Para el trabajo de recolección de datos, ahondaré sobre las técnicas de las cuales me serví, utilizando los conceptos de Roberto Hernández Sampieri (2014):

- **Observación no participativa** en la propia IAMV con el propósito de poder explorar y describir: el ambiente laboral institucional, comprender los procesos individuales y grupales dentro de la institución, cómo se desenvuelven sus vínculos para realizar una tarea determinada, identificar las prácticas que llevan a cabo una relación con el autocuidado, así como problemáticas que obstaculicen éste. En esta técnica mi papel como la observadora se desarrolló de manera no-participativa o pasiva, donde si bien estuve presente, no interactué directamente con las funciones que desarrollan las trabajadoras de la institución.
- **Entrevistas** semiestructuradas, ya que, aun basándome en una guía de entrevista, introduje preguntas adicionales cuando fue necesario ahondar en algún punto. Esta técnica me permitió profundizar en la obtención de información sobre las dinámicas personales que no eran visibles tan fácilmente; así como conocer con mayor detalle las prácticas de autocuidado que llevaban a cabo las trabajadoras de la IAMV.

2.3.4 Análisis de resultados.

La recolección de los datos giró en función de cuatro ejes de análisis que atraviesan todo el proyecto: la salud, las prácticas de autocuidado, el género y lo institucional. Estos ejes unifican los aspectos individuales como los factores externos que inciden en la problemática relacionada con la ausencia de prácticas de autocuidado en las servidoras públicas dentro de una IAMV, y que representan la base necesaria para dar una aproximación al entendimiento sobre esta dinámica de ausencia.

A continuación, se hace un análisis de los factores encontrados en el diagnóstico. Hablar de factores infiere necesariamente tener una perspectiva desde varios ángulos, donde no solo se ven las razones individuales de la ausencia de prácticas de autocuidado, sino también agentes externos a las servidoras públicas que están asociados para que se siga manteniendo este tipo de dinámica. Para poder tener un esquema que pueda visualizar de una manera más práctica y comprensible esta problemática que envuelve una gran complejidad, el modelo ecológico de Bronfenbrenner (Gratacós, s.f.), resulta una herramienta de explicación bastante útil.

Este modelo ecológico (ver Figura 1) consta de un enfoque ambiental sobre el desarrollo del individuo mediante los diferentes ambientes en los que este se desenvuelve. Según este modelo, los distintos ambientes en los que participan las personas influyen de forma directa en su cambio y su desarrollo cognitivo, moral y relacional. Los cuatro sistemas que conforman el modelo ecológico son: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Gratacós, s.f.).

Microsistema: determina el nivel más cercano a la persona. Este incluye los comportamientos, los roles y las relaciones características de los contextos cotidianos en los que se desenvuelve el individuo.

Mesosistema: comprende las relaciones de dos o más entornos en los cuales el individuo participa activamente. Concretamente hace referencia a la retroalimentación entre personas

que pertenecen al microsistema del individuo. Por ejemplo, a la interrelación entre familia y trabajo, o vida social y colegio.

Exosistema: incluye esos entornos en los que la persona no participa de una forma directa, pero en los que se producen hechos que afectan al funcionamiento del ambiente del individuo. Algunos ejemplos de estos entornos serían el lugar de trabajo de la pareja, la escuela de los hijos, el grupo de amigos del hermano, etc.

Macrosistema: engloba todos esos factores ligados a la cultura y al momento histórico-cultural en el que se desarrolla la persona.

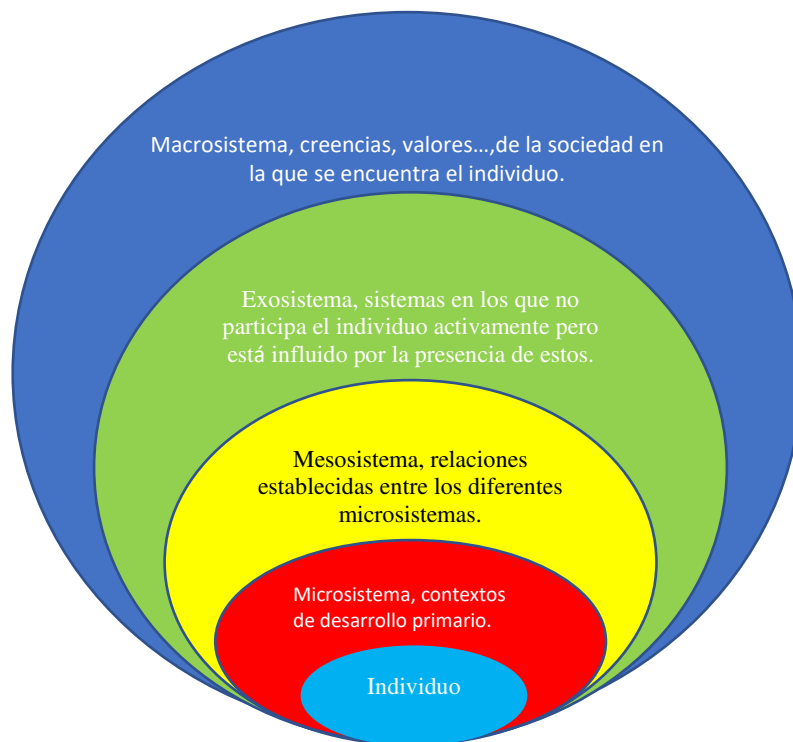


Figura 1. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (Gratacós, s.f.)

2.3.5 Ética de la investigación.

Una parte primordial de esta fase de trabajo, tiene que ver con la ética del protocolo de investigación. Para este fin se enuncian los principios éticos, basados en el trabajo de Hennink, Hutter, & Bailey (2011), bajo los cuales se dirige el presente protocolo:

- Tiene como base lo estipulado en el reporte Belmont, creado en 1979 por la Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Investigaciones del Comportamiento.
- Se busca identificar y hacer prevalecer tres principios éticos:
- Respeto a la persona: el bienestar de las personas siempre debe cuidarse y precede al interés social o de la ciencia. Las personas deben ser tratadas con cortesía y respeto, así como garantizar la participación voluntaria y bajo un marco de una adecuada información.
- Beneficios: se debe maximizar el beneficio a la sociedad en su conjunto, y minimizar los riesgos potenciales a los participantes en la investigación.
- Justicia: asegurar que los procedimientos de investigación se administren de manera justa, sin explotación, y siendo considerados.

En consecuencia, los principios éticos antes mencionados, dan pie a que en nuestro protocolo de investigación se realizó lo siguiente:

- Consentimiento informado de las participantes, les dimos suficiente información acerca de la investigación, en forma comprensible para ellas, de tal manera que pudieran hacer una decisión sobre su participación voluntaria en el estudio.
- Minimización del daño: se buscó que en ningún momento las personas participantes resultaran dañadas o que estuvieran en riesgo.
- Anonimato: en todo momento se ha protegido la identidad de las participantes.
- Confidencialidad: nos aseguramos que, en todo momento, los datos se resguardarán de manera confidencial.

2.4 Resultados de Diagnóstico

Este apartado visibiliza algunos de los factores que inciden directa e indirectamente en cómo las servidoras públicas de una IAMV en el estado de Querétaro internalizan conceptos que tienen que ver con prácticas de autocuidado y cómo llevan a cabo prácticas relacionadas para tal fin, para hacer frente en su trabajo con los testimonios de mujeres que han sido violentadas.

Entendemos que la presencia o ausencia de este tipo de prácticas, juega dentro de una dinámica compleja que no corresponde a una única variable. Y que los factores que influyen significativamente están cobijados bajo un contexto socio cultural que determina en gran medida la dirección de cómo se perciben y se realizan dichas prácticas de autocuidado.

Por esto, el objetivo es conocer las problemáticas a las que se enfrentan diariamente las servidoras públicas para ejercer prácticas de autocuidado, dentro de cuatro ejes fundamentales: en el ámbito de la salud para comprender la relación subjetiva entre cómo conciben conceptualmente la salud y ver si hay relación con el planteamiento del modelo biomédico, las prácticas de autocuidado para esclarecer qué tanta conciencia hay sobre este concepto y verificar si las trabajadoras lo internalizan de alguna manera en su actuar diario por medio de prácticas específicas; por otro lado, en el eje de género, relacionado a cómo efectúan prácticas de autocuidado en función a los estereotipos y roles construidos socialmente, establecidos a cada género; y por último, en el eje institucional, para dar cuenta de los espacios y el trabajo que realiza la propia institución con el fin de salvaguardar la integridad y la salud de sus trabajadoras.

Posteriormente, la información que sea recolectada, con su respectiva interpretación sustentada en el marco teórico antes expuesto, serán los componentes que servirán para presentar una propuesta de proyecto de intervención que estructure estrategias y acciones acordes con las necesidades e intereses de las servidoras públicas, según los recursos y posibilidades potenciales.

Para dicha tarea, se realizaron una serie de acercamientos que permitieron indagar y recabar información que ayudó a comprender la dinámica de trabajo institucional, así como conocer el panorama personal de cada servidora pública que trabaja con mujeres que han sido violentadas y cómo ejercen prácticas de autocuidado en su cotidiano para hacer frente a estos testimonios.

2.4.1 Contexto.

Para acercarse al espectro general de la situación, se llevó a cabo un primer acercamiento con la institución donde se buscó trabajar y con las servidoras públicas que trabajan en los módulos de atención a mujeres que han sido violentadas. Es importante mencionar que hay varios módulos de atención distribuidos en cada municipio del estado de Querétaro, y que en estos, los equipos de trabajo están conformados en su mayoría por una abogada y una psicóloga.

La distribución de las trabajadoras dentro de las diferentes áreas de atención en la IAMV que se estudió fue la siguiente: dentro de los módulos de atención, distribuidos en todo el estado de Qro., laboran 36 profesionales, en TelMujer, 5 profesionales, dentro de CAE, 4 profesionales y en CJM, 7 profesionales.

El perfil general de quienes trabajan en estos módulos de atención (ver Tabla 2), son mujeres, mayores de edad, con una formación principalmente en derecho o en psicología, aunque también había una pedagoga. Las profesionales que trabajan en los módulos externos, son principalmente mujeres que viven en los municipios donde se encuentran ubicados o cerca de estos.

La edad variaba, pero se encontraban entre el rango de los 25 a los 44 años. Algunas de ellas, eran trabajadoras de nuevo ingreso, esto debido a la constante rotación de personal, y sobre todo, al sistema de contratación “por proyecto” que no garantiza una recontractación después de un periodo de 6 meses (duración del proyecto).

Tabla 2
*Características de las Servidoras Públicas*³

Nombre	Edad	Estado civil	Formación	Tiempo de trabajo en la institución	Redes de apoyo
(Bere)	25	soltera	pedagoga	1 año y medio	contención, entre colegas de trabajo
(Celeste)	44	madre, con esposo	psicóloga	desde enero	análisis, amiga, colega de trabajo, esposo
(Leslie)	33	madre, con esposo	psicóloga	4 años	familia, esposo, en lo espiritual, amigas, colegas de trabajo
(Luci)	32	soltera	abogada	2 años	compañeras de trabajo, contención
(Margarita)	33	madre, con pareja	abogada	desde enero	ninguna
(Perla)	35	madre, con esposo	psicóloga	5 años	contención, esposo, colegas de trabajo
(Alicia)	28	soltera	psicóloga	3 años	amigas
(Angy)	27	soltera	psicóloga	3 años y medio	contención, compañeras de trabajo
(Azul)	29	madre soltera	abogada	4 años	colega de trabajo, psicólogo particular, contención
(Bernie)	29	soltera	psicóloga	2 semanas	amiga
(Beli)	37	soltera	abogada	10 meses	amigas, algún familiar
(Ghis)	27	madre, con esposo	psicóloga	9 meses	contención, esposo
(Flor)	33	con pareja	abogada	1 año	pareja, colegas de trabajo, padres
(Clara)	26	soltera	psicóloga	1 mes en marzo	amigos, familiares
(Karla)	34	soltera	psicóloga	9 meses	contención, colegas de trabajo
(Fer)	30	soltera	psicóloga	1 mes	terapeuta particular (actualmente no)
(Marcela)	28	soltera	psicóloga	2 años	colega de trabajo

Fuente: elaboración propia.

2.4.2 Prácticas de autocuidado.

En el discurso rescatado de las servidoras públicas, se identifica que efectivamente hay agentes tanto del ámbito personal como institucional, que influyen en la posibilidad de llevar a cabo un trabajo de autocuidado. A pesar de que las trabajadoras de esta institución tienen una idea conceptual general del “autocuidado” y lo que son las prácticas de autocuidado, hay

³ Para efectos de guardar la confidencialidad de las participantes, se han utilizado seudónimos.

un sesgo dirigido a la visión de salud de acuerdo al modelo biomédico (salud como ausencia de enfermedad), o bien, una mirada dirigida únicamente a la realización de actividades de recreación y relajamiento.

Por otro lado, su involucramiento con temáticas de alto impacto, como lo es la violencia de género, ha generado en las personas participantes rasgos sintomáticos de traumatización vicaria. Este punto se complementa con el hecho de la percepción general sobre algunas deficiencias institucionales que tienen que ver con la contención emocional y el seguimiento terapéutico que se les brinda cada determinado tiempo.

La contención emocional que reciben las trabajadoras de la IAMV, está dirigida, por el momento, únicamente a quienes realizan una labor de atención a mujeres que han sido violentadas, hay contención grupal e individual. Este servicio que brinda la institución a sus trabajadoras tiene sus limitaciones en función del presupuesto que recibe a inicio de cada proyecto, por lo que, dentro del discurso de las trabajadoras, manifiestan que los periodos en que llevan a cabo contención, a veces se ven limitados. El ideal de tiempo de estos espacios, sería de una vez por mes, sin embargo, esto varía considerablemente dependiendo, además del presupuesto, de si es contratado un profesional que desempeñe ese trabajo, ya que no todos los módulos de atención, sobre todos los externos a la ciudad, cuentan con este espacio; y de los tiempos de trabajo que tienen las servidoras públicas, ya que dentro de la institución se prioriza el trabajo institucional a los espacios de contención.

Ahora, es importante hacer la observación sobre que el trabajo de contención emocional no es lo mismo que el trabajo relacionado a las prácticas de autocuidado que hemos venido planteando. La primera se enfoca a la acción y trabajo de contener o moderar los propios impulsos, instintos y pasiones (Tizón, 1989), mientras que el trabajo autocuidado, refiere a un trabajo autorreflexivo, más profundo, que requiere tiempo y constancia para obtener por resultado en el sujeto la incorporación de una serie de prácticas de autocuidado, que le permitan afrontar algunas situaciones y hacer cambios más significativos en su vida diaria.

Sin embargo, algo que es importante de rescatar dentro del discurso de las trabajadoras entrevistadas, es que a pesar de las dificultades que tienen para realizar prácticas de

autocuidado, reconocen la importancia de estas, en su vida y en su labor profesional dentro de la institución, mostrando un gran interés en conocer medios para llevarlas a cabo.

Ante lo recolectado en los testimonios de las servidoras públicas, se puede llegar a la conclusión que una de las problemáticas centrales, estriba en la ausencia de prácticas de autocuidado, ya que define considerablemente el posicionamiento subjetivo que tienen frente a situaciones que involucran temáticas de violencia y las repercusiones en el estado físico y mental al estar expuestas a este tipo de testimonios.

2.4.3 Análisis desde el modelo ecológico.

De acuerdo a los datos recolectados a través de las entrevistas realizadas a 26 servidoras públicas con una edad entre los 25 y 44 años, con una edad promedio de 31 años, que trabajan en los módulos de atención a mujeres violentadas del IAMV, distribuidos en todo el estado de Querétaro, y tomando en cuenta que la estructura de este instrumento recolecta información de acuerdo a los ejes (salud, prácticas de autocuidado, género e institución) que son de interés para este proyecto de investigación, el presente análisis del diagnóstico, presenta los factores que inciden en cada uno de los sistemas del modelo ecológico y que tienen un peso significativo para explicar cómo es que se mantiene la problemática antes planteada.

2.4.3.1 Microsistema.

Escuchar a las trabajadoras que desempeñan una labor de atención y trabajo con mujeres que han sido violentadas en algún momento de su vida, permite poner en relieve lo que ya mencionaba Ojeda (2006) sobre los “estado de tensión” a los que pueden enfrentarse las profesionales que atienden a víctimas de violencia, estos estados tienen orígenes tanto internos como externos. Dentro de los testimonios resaltan las siguientes características:

Perfil personal:

Parte del perfil de cada una de las trabajadoras está determinado por diversas variantes. Una de ellas es el tiempo que lleva trabajando dentro de la IAMV que puede tener incidencia sobre el tipo de experiencia para trabajar en los módulos de atención —como el tipo de aproximación y enfoque que utilizan—. En este punto es relevante mencionar que la institución cuando contrata profesionales que atiendan en los módulos, tiene una capacitación amplia en la cual se les instruye bajo los protocolos de atención pertinentes para realizar su labor.

En relación a cómo perciben el autocuidado y las prácticas de autocuidado, la formación profesional que tiene cada una de las trabajadoras influye considerablemente en esta percepción. Quienes tienen una formación como psicólogas tienen una idea más internalizada sobre el trabajo que comprenden dichas prácticas, así como de su importancia. Por otro lado, las que tienen una formación como abogadas mantienen una idea más generalizada de prácticas específicas para mantener un buen estado de salud física y mental. En ambos grupos, hablan de dichas prácticas como un medio de lograr cierto equilibrio.

También se pudo observar que esta percepción se ve influenciada por el estado actual que viven (ser solteras, tener pareja o ser madres), ya que la concepción de lo que implica cuidarse o cuidar de otros, se mueve considerablemente dependiendo de su estado civil. Dentro del discurso de las servidoras públicas, tenía más peso la cuestión del tiempo en relación a cómo lo ejercen a diario para realizar todas sus actividades. Las mujeres que son madres, tienen una carga de actividades mucho mayor por la cuestión de cuidado de los hijos o hijas, lo que incide en el tipo de prácticas que introducen en su vida para cuidarse a ellas mismas, estas actividades suelen incluir a la par a los y las hijas para poder llevarlas a cabo (como ver la tele o ir a un parque un momento por la tarde). Dentro de este mismo discurso, las trabajadoras que son madres, a la par del discurso de quienes no tienen hijos, coinciden en que es más fácil establecer rutinas que incluyan prácticas de cuidado para ellas. Sin embargo, quienes no tienen hijos, mencionan no tener suficiente tiempo o dentro de las prácticas que mencionan, están más dirigidas a espacios de relajación y esparcimiento (hacer ejercicio, tomar un curso de masajes o estudiar otro idioma).

En contraste, las participantes no establecían diferencias significativas en relación al género para poder ejercer prácticas de autocuidado dentro de la descripción de su rutina diaria, porque consideran que tanto hombres como mujeres pueden ejercer las mismas prácticas, ya que no consideran el género como un factor que debiera determinar el autocuidado que tienen que tener las personas, e incluso algunas ponían ejemplos de cómo llevaban a cabo esto con su pareja o familiares, ya fuera por medio de una comunicación activa con su pareja para llegar a conciliaciones sobre cómo tener espacios de esparcimiento y relajación (acuerdos entre parejas donde uno le da masaje al otro, organizarse para establecer días en que uno sale con amigas o amigos y el otro cuida a los hijos e hijas, e incluso en establecer un espacio de escucha entre ellos). Sin embargo, reconocen que también hay sesgos por género y que la cultura influye en qué tipo de prácticas de autocuidado realizan específicamente hombres y mujeres.

Al hablar sobre este punto, establecían generalmente que hay una influencia de una cultura que impone a las mujeres cuidarse de una manera más dirigida a ser bonitas, agradables a la vista de los demás, cuidar el plan de alimentación, maquillaje y arreglo personal, tipo de vestimenta y por supuesto, enfocadas al cuidado, pero de los otros. Por otro lado, establecían que para los hombres era más difícil culturalmente, establecer prácticas que les permitieran acudir al doctor a hacerse revisiones constantes, hablar de sus sentimientos y que tenían mucha más libertad de ejercer prácticas de esparcimiento y relajación (salir con los amigos, irse de viaje solo y tener momentos de soledad).

Se observa entonces, que hay una complejidad para poder mantener prácticas de autocuidado, que engloba principalmente el cómo se tiene estructurado e internalizado dichas representaciones y lo que implican, de la mano de la experiencia de vida de cada una de las servidoras públicas.

“Salud es el bienestar en general, a nivel general, estar, tener salud, estabilidad emocional, estabilidad física, estabilidad espiritual, es como mantener esa estabilidad en las diferentes áreas de tu vida y poder conciliar entre esas áreas, a nivel familiar. Digo, si eres soltera yo creo que es más fácil, pero ya cuando estás

casada tienes un esposo, a tus hijas, es también saber administrar el tiempo y poder conciliar entre las áreas donde te desenvuelves.” Leslie, 33 años.

“Para mí es que todos los aspectos físicos y emocionales en mí o en una persona funcionen como deben de funcionar, que descanses bien, que comas bien, que tu proceso de digestión sea el idóneo, que estés tranquila, que el nivel de estrés sea moderado” Margarita, 33 años.

“Sería mi alimentación, limpieza, higiene, pensamientos positivos (...) Es necesario, si uno no se encuentra sano como que te limitas en cuanto a tus actividades, a tu trabajo, incluso yo creo también tus relaciones con toda la sociedad” Pilar, 33 años.

Idea generalizada sobre las Prácticas de autocuidado:

Algo que pudo observarse en el discurso de la mayoría de las servidoras públicas, tiene que ver con esta idea centrada en que las prácticas de autocuidado, se enfocan únicamente en la realización de una serie de prácticas que cumplen con el objetivo de mantener, lo más posible, un buen estado o un equilibrio, dentro del ámbito físico y mental. Muy orientado al modelo biomédico de salud (salud es ausencia de enfermedad).

“El autocuidado yo creo que es tener esa visión de lo que nos hace daño, como sobrellevarlo, lo que te haces personal no lo haces personal y él no engancharse con las cosas. (...) Es muy importante porque es el reflejo de cómo nos queremos y nos cuidamos” Bere, 25 años.

“Salud como el cuidado de uno mismo (...) en lo referente a lo que es salud mental, acudir cuando uno tenga oportunidad a atención psicológica para estar bien desde nuestro interior y en el exterior tener un buen descanso, una adecuada alimentación, realizar algún pasatiempo” Irma, 39 años.

Si bien el ejercicio de ciertas prácticas que engloban estos aspectos forma parte del trabajo de autocuidado, se deja de lado otro de los puntos fundamentales, el cual involucra un constante trabajo autorreflexivo, como “una forma de abordar las actividades que surgen de la conciencia de vulnerabilidad de uno mismo y de los demás” (Izquierdo, 2004, p. 133), para saber hacer frente a éstas y en consecuencia generar otro tipo de prácticas que engloben un nivel de conciencia mayor sobre uno mismo y los otros.

Este punto se inserta inherentemente en lo que expongo a continuación y permite entender las razones por las cuales no se pueden incluir satisfactoriamente estos trabajos autorreflexivos.

Dinámica de tiempo:

Un factor que salió a relucir en el discurso de todas las servidoras públicas, fue la falta de tiempo para poder incluir en su cotidiano prácticas de autocuidado. Este punto se ve fuertemente influenciado por los otros sistemas, donde la estructura y ritmo de vida que llevan a cabo (que incluye no solo los aspectos de tiempo en su vida privada, sino también en relación a sus tiempos de trabajo), no da cabida a que puedan incluirse este tipo de prácticas.

“Sí, administro mucho mi tiempo como para estar con mis hijas, dedicarme a mis pacientes, porque aparte tengo un consultorio, entonces son mis pacientes, mi familia, mi esposo, las hijas, las usuarias. Y más que nada creo que puedes hacer lo que tengas que hacer como lo tengas que hacer, pero hacerlo conscientemente” Leslie, 33 años.

“De pronto hay días muy complicados de que tienes mucho trabajo y de pronto el estar con las prisas no posibilita hacer mis cosas” Celeste, 44 años.

Organización:

En relación con el tiempo, contrasta el tipo de organización que tienen las trabajadoras para poder incluir prácticas de autocuidado. A pesar de que se tiene una idea que reconoce su importancia, esto se ve contrariado al hablar de su rutina diaria. Algunas de las servidoras públicas comentan que establecen un sistema de organización que incluye tiempos específicos para “consentirse” o “relajarse”, sobre todo en momentos donde realizan otra actividad, ya que ahí encuentran breves espacios de oportunidad (*e.g.*, durante la ducha escuchan música, entre la atención a usuarias aprovechan para comer, salir a fumar un cigarrillo o despejarse del trabajo, etc.).

“Cuando me baño es un momento de autocuidado para mí, un momento consiente de me estoy bañando, estoy cuidando mi cuerpo, porque a veces el tiempo nos lleva de rápido, ni siquiera me di cuenta de qué hice, yo creo que es tener conciencia, en cada actividad que tengas ser consciente de lo que estás haciendo. (...) De hecho una de las prácticas que hago siempre, diario, es que al bañarme es poner música, me gusta que poner incienso” Leslie, 33 años.

“Tengo más o menos horarios establecidos para comidas, si procuro tener un horario para decir si no alcancé a hacer algunas cosas pues ya las haré mañana porque tengo que dormir, el año pasado también, por ejemplo, empecé a salir muy tarde del trabajo, estaba saliendo 6-7 de la tarde y todavía me llevaba trabajo y una de las prácticas es a más tardar entre 4- 4:30, sino a mi hr 3:30, procuro tener agua o un té para estar hidratándome” Perla, 35 años.

Sentido de responsabilidad sobre ellas mismas:

Sin duda el juego constante entre los factores antes mencionados, tienen repercusión sobre la percepción que tienen las servidoras públicas sobre ellas mismas. A pesar de reconocer la importancia que tienen las prácticas de autocuidado, se puede hacer una observación respecto de lo que comentan en las entrevistas, que se mueve entre el pensamiento y las acciones que realizan en el real, donde se hace visible un escaso sentido de responsabilidad sobre ellas mismas para incluir prácticas de autocuidado. Por supuesto se reitera que este sentido de responsabilidad es consecuencia de otros factores, ya que al realizar el diagnóstico se puede apreciar que las trabajadoras son agentes que se mueven a través de otro tipo de sistemas, muchas veces inconscientes, que tienen mayor peso al establecer conductas y prácticas específicas, no únicamente ligadas al autocuidado.

Redes de apoyo:

Otro factor importante que cabe señalar, es la cuestión de las redes de apoyo con las cuales cuentan las servidoras públicas. Se entiende que hay un desgaste, consecuencia de su labor diaria en la institución que les requiere un mayor involucramiento con temáticas y testimonios de violencia de género. Se ha explicado la importancia que hay en tener un trabajo de contención o de seguimiento terapéutico para menguar los efectos nocivos de esta labor. Sin embargo, en el discurso de las trabajadoras se pueden apuntalar dos cuestiones importantes:

- 1- Los espacios que la institución ofrece para resguardar la integridad y la salud mental de sus trabajadoras, son en su mayoría insuficientes, ya que no hay un seguimiento terapéutico adecuado en quienes llevan algún tipo de contención. Además de que los espacios de tiempo entre cada sesión de trabajo son muy espaciados (1 vez al mes, dependiendo si hay recursos para contratar a un profesional que realice la tarea) y al mismo tiempo, hay una constante rotación en los profesionales que han sido contratados para realizar la contención con las servidoras de la IAMV, por lo que al finalizar un periodo de proyecto (6 meses) suele iniciar otro profesional y repite desde

el inicio todo el procedimiento, lo que no permite un seguimiento o avance. En este sentido, algunas trabajadoras comentan que han tenido la iniciativa de buscar de forma particular un espacio con un profesional (psicólogo) para su trabajo terapéutico, pero aun así, esto depende mucho de la cuestión del tiempo y recurso económico que tenga cada una.

- 2- Al no tener fijo un espacio que permita un trabajo de seguimiento terapéutico dentro de la institución, muchas de las servidoras públicas recurren a sus redes de apoyo más cercanas, entre estas se encuentran miembros de su familia, pareja o esposo, amistades cercanas, e incluso compañeras de trabajo, o bien, no tienen como tal una red de apoyo cercana, lo que las pone en mayor vulnerabilidad.

A pesar de que quienes cuentan con redes de apoyo tienen un efecto catártico al poder platicar cómo se sienten en diversas situaciones de su labor en la institución, la práctica constante de este tipo de ejercicio más que benéfico, puede resultar contraproducente a largo plazo, ya que puede presentarse sintomatología de traumatización vicaria, “que probablemente afectará en gran medida no solo a la persona que brinda la atención, sino también a su familia, a la organización a la que pertenece y a los beneficiarios de su trabajo” (Guerra, Fuenzalida & Hernández, 2009; Pearlman & McKay, 2008; Arón & Llanos, 2004; Moreno, Morante, Losada, Rodríguez & Garrosa, 2004; Ojeda, 2006).

“Pues con nadie, (Fulanito) que es mi pareja, es muy comprensivo, pero él a veces no sabe cómo ayudarme (...), no sabe qué hacer, entonces para no angustiarse pues no le digo nada, qué me da miedo o qué dudas tengo, y tengo amigas que tienen sus propias problemáticas, y pues obviamente para no molestarlas con mis problemas pues prefiero no decirles, y pues la relación con mi madre es muy difícil, con ella casi no hablo” Margarita, 33 años.

“Me ponía a escribir a veces, empecé a tomar la contención, también me quejaba con gente de confianza (esposo, colegas de trabajo (...)) “En una ocasión recuerdo que nos pidieron, no sé qué era, pero era de te tienes que quedar más tiempo porque se tiene que entregar tal cosa, y me acuerdo que ese día fue muy tenso y me empezó a dar un tic en el ojo y sí me dio mucho miedo, porque dije no, está llegando a algo que no estoy manejando, entonces ya platicándolo me decían ¿luego qué va a pasar?” Perla, 35 años.

2.4.3.2 Exosistema y macrosistema.

El análisis de las variables que se mueven dentro del exosistema y macrosistema permiten ampliar la visión y el entendimiento de cómo se mueven los factores antes mencionados. Dentro del trabajo de diagnóstico se pueden manejar tres puntos que engloban la cadena de situaciones y acciones que determinan que se mantenga una ausencia de prácticas de autocuidado en las servidoras públicas de la IAMV.

No hay una cultura de autocuidado:

Este punto sale a relucir como una de las conclusiones principales del análisis de los testimonios recopilados, ya que al no ser una sociedad que tenga inclusión de prácticas de autocuidado desde lo personal y particular, es entendible que cada persona haga lo que puede con lo que tiene. En este sentido, dentro del campo laboral institucional, las servidoras públicas del IAMV manejan dentro de sus capacidades y oportunidades, a la par de su percepción de lo que son e implican para ellas las prácticas de autocuidado, una serie de actividades que les ayudan a no estar en un estado de completa vulnerabilidad frente a lo que les requiere su labor diaria en la institución. Es decir, les ayuda a posicionarse frente al fenómeno de la violencia y a actuar de la mejor manera posible frente a ésta.

Aun así, con los esfuerzos que se han hecho desde la práctica privada de las trabajadoras y de la misma institución para hacer frente a las temáticas con las que trabajan, para tener un mayor espectro de empatía, sensibilidad e información respecto a la violencia de género y

sus manifestaciones, se advierte que a largo plazo puede haber repercusiones que merman la calidad de vida de estas mujeres, de las cuales, en mayoría no son conscientes. Esto es visible en el testimonio de algunas servidoras públicas, sobre todo en quienes llevan más tiempo trabajando en la institución, quienes presentan algunos rasgos de sintomatología de traumatización vicaria.

Los resultados del diagnóstico muestran algunos síntomas relacionados con la traumatización vicaria (ver Figura 2 y Anexo D) expuestos por las servidoras públicas a lo largo del proceso de las entrevistas realizadas.

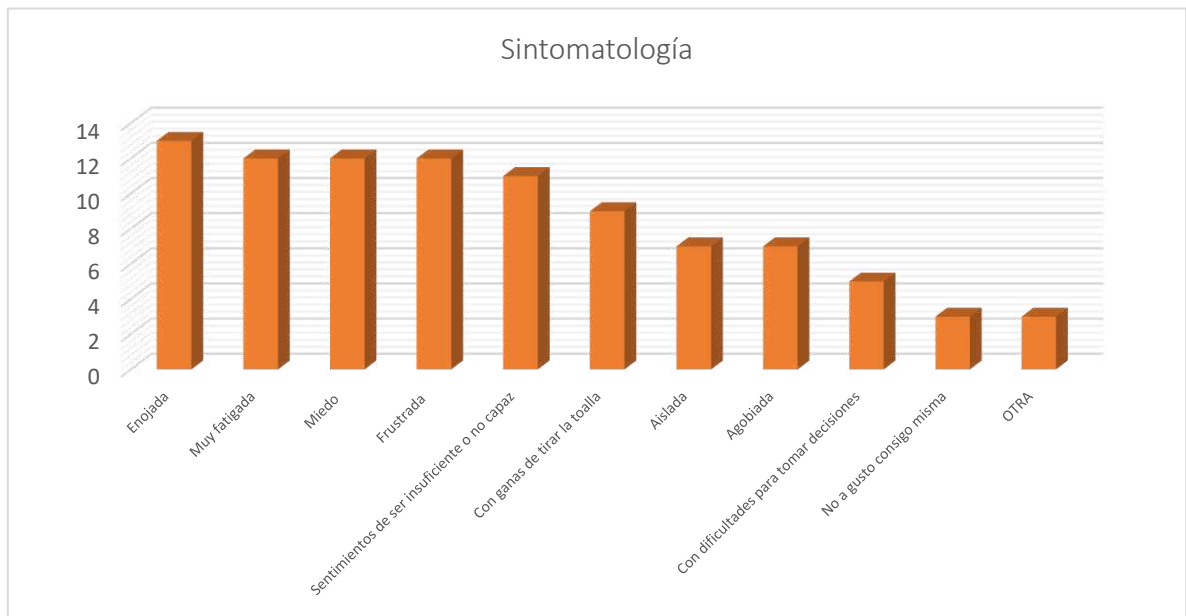


Figura 2. Sintomatología de Traumatización Vicaria. Sobre la frecuencia de los rasgos de sintomatología presentada en las servidoras públicas entrevistadas, los sentimientos de enojo, frustración, miedo, gran fatiga y sentimientos de ser insuficientes o no ser capaces, tienen una mayor frecuencia. En el rubro de “enojo”, la mayoría expresó que tenía relación con las situaciones políticas, institucionales y laborales, más que con su labor de atención. Mientras que en el rubro de “otra”, expresaron sentir tristeza por el panorama sobre la violencia, sentirse más sensibles, con ganas de llorar y dificultad para dormir. Fuente: elaboración propia.

Aquí hay un punto de análisis interesante, que tiene que ver al mismo tiempo con el tipo de perfil de algunas trabajadoras. En primer lugar, y que es un análisis que se tendrá que hacer posteriormente en otra investigación, se puede ver que hay similitud en el perfil de personalidad de algunas mujeres que trabajan dentro de este tipo de instituciones, este perfil incluye haber pasado o estar pasando por alguna experiencia de violencia. Este aspecto es importante porque dentro del trabajo con víctimas de violencia, como bien mencionaba Ojeda (2006), hay una movilización de las propias experiencias de violencia vividas en algún momento, pasado o presente, y que tienen sus repercusiones tanto en la visión objetividad con la que se trabaja un caso en específico, así como en el estado anímico de quienes están involucradas (servidora pública-usuaria).

Estereotipos de género y Prácticas de autocuidado:

Otro punto que es determinante y que está constantemente en movimiento, es la cultura y sus construcciones alrededor del género, que establecen prácticas y actividades de acuerdo a roles y estereotipos específicos para hombres y mujeres, y por supuesto, estos influyen en la manera en que las servidoras públicas conciben cómo deben de cuidarse.

En este punto, centrándonos específicamente en el trabajo institucional que realizan algunas mujeres, atendiendo a otras mujeres que han sido violentadas, es importante hablar de algunos aspectos que tienen incidencia en el campo de la salud, tanto física como mental, y que tienen manifestaciones particulares que contribuyen en gran medida a la problemática que se ha ido planteando.

Una de las ciencias que ha participado en el análisis de la salud mental de mujeres a lo largo de la historia ha sido la sociología, más en específico el análisis sociológico feminista, ya que el trabajo que se ha realizado en torno a cómo se han estructurado las especificaciones sobre lo que es sano y lo que no, las feministas han dado cuenta que estas construcciones también han sido establecidas de acuerdo al género y que esta tiene un peso importante en cómo los sujetos perciben la salud mental (Ordorika, 2009).

Teresa Ordorika Sacristán (2009), rescata una cita de la OMS, que refleja claramente este punto:

El género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y su salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental [OMS, 2005]. (Ordorika, 2009, p. 649)

A pesar de que en las entrevistas las trabajadoras valoran y califican positivamente las capacitaciones que la IAMV les brinda para hacer frente a este tipo de construcciones que giran alrededor del género, también expresan el constante trabajo interno que han realizado para poder comprender los procesos por los cuales atraviesa una mujer que ha sido violentada, ya que en ese trabajo constante de deconstrucción sobre roles y estereotipos que abrazan y legitiman algunos aspectos de la violencia de género, han compartido que una de las partes más difíciles ha sido no caer en prácticas de revictimización dado el complejo involucramiento emocional que tienen estas trabajadoras, y que les produce un desazón y malestar con los testimonios y procesos de trabajo con las usuarias.

“Es algo muy cotidiano y no, no lo puedes ver como algo normal porque si no te está envolviendo en esto del ciclo de la violencia, sin embargo, no las satanizo y entiendo perfecto por lo que está pasando una mujer en situación de violencia.” Luci, 32 años.

“Creo yo, que las construcciones sociales que hay entre hombres y mujeres, le permiten al hombre, y hasta cierto punto se espera de ellos, estas prácticas de autocuidado. Ellos, creo que es más fácil que sean conscientes (necesito ir al gym, ya tengo una lonjita) y que tengan el tiempo independientemente de que sean papás porque están esperando (ej. Sabes, hoy voy a llegar 2 hrs tarde porque voy a ir al gym)

y esas 2 hrs que se queda mamá en casa con los niños, pues si ella quería hacer zumba o quería hacer yoga o quería meditar, no lo va a poder hacer si tiene 2 niños, 1 bebé, y además el cuidado de la casa, que evidentemente el sr que por estar en el gym y en el trabajo, pues no está haciendo su parte, que no es ayudarle”. Margarita, 33 años.

“Comparándolo con mi esposo, en determinado momento él salía más con sus amigos que yo, o él se daba más su espacio para estar con él mismo (...) y yo no lo había considerado como una necesidad, y me parece que sí es hasta cierto punto cultural (...) veo que las mujeres nos cuidamos más para agradar a los otros y los hombres no, a los hombres sí les enseñan a cuidarse para ellos” Perla, 35 años.

Las prácticas de autocuidado en las instituciones:

Este punto abarca una serie de factores que actúan en una especie de efecto dominó, de la mano de los dos puntos anteriores, y que contribuyen a la ausencia de prácticas de autocuidado en las profesionistas que trabajan con mujeres violentadas.

El hecho de que no haya una cultura dirigida al autocuidado y que al mismo tiempo esta cultura esté permeada por ciertos roles y estereotipos de género, influye enormemente en cómo dentro de las instituciones se establecen prioridades respecto a incluir o no espacios donde se ejerzan prácticas de autocuidado, y con ello un presupuesto destinado específicamente a éste menester.

Uno de los documentos más importantes sobre política pública, es El Presupuesto de Egresos de la Federación. Este es elaborado por medio de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, donde se describen la cantidad, la forma de distribución y el destino de los recursos públicos de los tres poderes (Ejecutivo, Legislativo y Judicial), de los organismos autónomos, como el Instituto Nacional Electoral y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como las transferencias a los gobiernos estatales y municipales (Secretaría de Hacienda & Crédito Público, 2017).

Es un documento que por la gran cantidad de ramos y anexos específicos que lo conforman, pareciera que cubriera en mayoría, todos los aspectos relacionados a las demandas de la población. Sin embargo, al ser analizado con detenimiento, se pueden encontrar huecos importantes incluso para el buen desarrollo de los programas e instituciones a los cuales está destinado parte de este presupuesto. Por otro lado, si se hace un desglose de la cantidad total de presupuesto y lo destinado a cada entidad del país, a cada institución estatal, municipal y lo destinado a programas específicos, se puede observar que hay una contradicción conforme las prioridades de gasto que establece dicho documento, así como los presupuestos de egresos de cada estado en la república.

Para darnos una idea muy superficial, se parte de dos documentos fundamentales:

El “Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017”, con un monto total del presupuesto que fue de 4,888,892,500,000, y el “Presupuesto de Egresos del Estado de Querétaro 2017”, donde lo destinado al estado fue de 31,010,709,856, de lo cual, el presupuesto dirigido a los municipios del estado fue de 5,163,461,025, al municipio de Querétaro le correspondió 1,741,715,412.

En cuanto a las dependencias, desconcentrados y figuras jurídicas del sector central del presupuesto del estado de Querétaro, con un monto de 3,770,085,137, se asignaron recursos a diferentes instancias que trabajan con mujeres (ver Tabla 3), donde se resalta que de los presupuestos dados, se destina un monto (ver Tabla 4) a programas de cada sector.

Tabla 3
Recursos a Instancias que Trabajan con Mujeres

Instancias / Sectores	Monto
Sector Seguridad Ciudadana	Total 576,817,849
-Centro de Justicia para las Mujeres	1,929,950
Sector de Desarrollo Social	Total 45,629,516
-Secretaría de Desarrollo Social	
-Instituto Queretano de las Mujeres (IQM)	12,982,587

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4
Presupuesto de Algunos Programas y Proyectos

Programa	Monto
3- Programa de acceso a la justicia para las mujeres.	1,929,950 (0.11% del total del presupuesto para el municipio de Qro.)
5- Programa de acciones para disminuir la violencia de género y contribuir a la igualdad entre mujeres y hombres.	12,982,587 (0.74% del total del presupuesto para el municipio de Qro.)
89- Programa para el fortalecimiento del sistema estatal de salud.	127,794,203 (7.33% del total del presupuesto para el municipio de Qro.)

Fuente: elaboración propia.

Hasta este punto podemos confirmar lo que antes ya se había puesto sobre la mesa, efectivamente, hay programas y presupuesto para instituciones encargadas de prevenir afecciones de la salud en la población, así como de atención a víctimas de violencia, pero aún queda de manera muy floja la cuestión de la promoción de prácticas de autocuidado con el personal que trabaja con temáticas como la violencia o de presupuesto destinado específicamente a esta área.

Es decir, por un lado, las instituciones emplean prácticas que se pensaría cumplen con satisfacer esta demanda de atención, sin embargo, la realidad en la experiencia y testimonio de las mujeres que trabajan dentro de la institución, se puede dar cuenta que no hay una formalidad en este aspecto.

“Si es feo esto de por honorarios, en el sentido de que no sabes si vas a continuar o no vas a continuar en el proyecto y sobre todo porque ahorita ya son más recursos, pero antes nada más solo era uno, el de PAIMEF, entonces era renovar cada abril o

mayo, era renovar proyecto y se acababa en diciembre, entonces eran prácticamente 3 meses sin trabajo. Pero ahorita se está fortaleciendo la parte del recurso y ahorita hay recurso estatal y recurso municipal en lo que llega el fuerte, lo que es el federal, que es el de PAIMEF, entonces nunca deja de operar, porque antes era horrible porque dejabas a las usuarias 3 meses sin atención y ahorita no, el servicio sigue, con pocas profesionistas, pero sigue. Y ahorita se está recuperando de que cada año de enero a marzo, este ya sea por recurso estatal o municipal” Leslie, 33 años.

Se entiende por supuesto que la repartición de presupuesto queda fuera de las manos de las servidoras públicas e incluso de la misma institución, ya que las instancias que están por encima, apenas han empezado a dirigir la mirada hacia los efectos y repercusiones que ha tenido el olvido de este tipo prácticas, en quienes son los pilares de la misma institución, las servidoras públicas.

2.4.4 Árbol de problemas.

Con el análisis del diagnóstico y el desglose de los principales factores en los sistemas micro, exo y macro, se elaboró un árbol de problemas (ver Anexo F), en el cual se puede confirmar que la principal problemática que se presenta e influye en cómo se puede modificar la dinámica de las variantes antes mencionadas, es:

Las escasas/nulas prácticas de autocuidado en profesionales
que atienden a mujeres en situación de violencia.

2.4.4.1 Delimitación de problemáticas encontradas.

Luego de la sistematización de la información y análisis de los resultados durante el desarrollo del diagnóstico, se identificó que el problema principal son las **Escasas/nulas prácticas de autocuidado.**

Al conocer a profundidad las situaciones, la variedad de efectos que fluyen al mismo tiempo y de acuerdo a los testimonios recolectados en las entrevistas a servidoras públicas de una IAMV, que trabajan en módulos de atención a mujeres que han sido violentadas, se pudo dar cuenta que si bien las trabajadoras tienen un panorama general de lo que son las prácticas de autocuidado, hay varios factores que inciden para que estas no puedan incorporar este tipo de prácticas en su cotidiano.

Algunos de los puntos que resultan clave para entender este tipo de dinámica, giran en torno a factores específicos de los sistemas micro, exo y macro. Por mencionar lo que se consideran tienen mayor peso:

La idea sobre que el autocuidado es igual, o similar, a lo que sería el modelo biomédico o biopsicosocial (salud como ausencia de enfermedad). Esta idea interpreta erróneamente lo que implica introducir un trabajo de autocuidado basado en el concepto que hemos planteado y lo que vendrían siendo prácticas de autocuidado que deberían ser incluidas en el ámbito institucional, en especial cuando ahí se puede producir la traumatización vicaria. Encontramos que se deja de lado el trabajo autorreflexivo que permite a cada persona posicionarse frente a sus problemáticas y encontrar en ese ejercicio una manera de conocerse, transformarse y transitar de acuerdo a sus elecciones personales, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, el hecho de que **No hay una cultura de autocuidado** en quienes en su labor profesional se dedican a la atención de quienes han sido violentadas, tiene serias repercusiones en lo individual, así como en los espacios institucionales. Este factor también está permeado por una **Cultura basada en estereotipos y roles de género, que influye en cómo se cuidan o deben de cuidarse las mujeres**, que tiene relevancia en el control de los cuerpos a través de establecer prácticas y actividades específicas a hombres y mujeres.

Por último, en el plano institucional, la observación sobre que **No hay espacios, ni tiempo establecidos para ejercer prácticas de autocuidado.** Los efectos más significativos de esta carencia pueden verse reflejados en el desencanto laboral, la constante demanda de atención de las servidoras públicas, la generación de una dinámica laboral inadecuada y los focos de sintomatología de traumatización vicaria.

Es a la par de estas observaciones, que también se pueden emplear medidas (ver Anexo G) que intenten contrarrestar las problemáticas ya mencionadas.

2.4.5 Matriz de incidencia.

Con la intención de analizar los factores más importantes que se han expuesto en el árbol de problemas, se utilizó la técnica de análisis de Matriz de Incidencia (Sánchez & Chaves, 2014), en donde destacan como factores relevantes (ver Tabla 5) con una incidencia alta (**): el que no hay una cultura de autocuidado, la cultura se encuentra permeada por roles y estereotipos de género, así como que no hay un seguimiento terapéutico a las profesionales; mientras que con una incidencia media (*) se encuentran: que el autocuidado es visto desde el modelo biomédico, que no es considerado como algo primordial para el trabajo institucional y la poca organización institucional. Todos estos factores se tomaron en cuenta para la planeación de la intervención.

Tabla 5
Matriz de Incidencia

	Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTAL
1	"autocuidado" visto desde el modelo biomédico*	x	3	1	2	1	2	2	0	11
2	no hay una cultura de autocuidado**	3	x	3	3	2	3	3	0	17
3	falta de tiempo para ejercer prácticas de autocuidado	0	2	x	2	1	1	2	0	8
4	poco sentido de responsabilidad sobre ellas mismas	0	2	2	x	1	1	2	0	8
5	cultura permeada por roles y estereotipos de género, determina cómo se cuidan hombres y mujeres**	3	3	3	3	x	2	1	0	15
6	no es considerado como algo primordial para el trabajo institucional*	0	2	2	2	1	x	3	1	11
7	no hay un seguimiento terapéutico a las profesionistas**	1	3	2	2	1	3	x	2	14
8	poca organización institucional*	0	1	2	1	1	3	3	x	11

Fuente: elaboración propia.

Capítulo 3. Intervención

3.1 Diseño de Intervención

Las trabajadoras de una IAMV en el estado de Querétaro presentan rasgos significativos de sintomatología de traumatización vicaria, como consecuencia de estar expuestas a testimonios de violencia de género. A pesar de que las servidoras públicas están capacitadas desde su ingreso a la institución, hay una gran ausencia de prácticas de autocuidado, que tiene que ver con la manera de conceptualizar e internalizar el propio concepto de autocuidado y establecer una equivalencia con el modelo biomédico de salud. Al mismo tiempo, hay una cultura dominante que determina roles y estereotipos de género, lo que incide en qué tipo de prácticas llevan a cabo en su cotidiano. Esto también se ve reflejado dentro de las IAMV, en la ausencia de espacios físicos y de tiempo para que sus trabajadoras puedan llevar a cabo este tipo de prácticas.

Estos son los factores principales para que merme la calidad de vida de las trabajadoras, que a largo plazo puede detonar el ejercicio de prácticas que violenten a las usuarias con quienes trabajan.

La propuesta que se expone a continuación consiste en fortalecer las prácticas de autocuidado en las profesionales que atienden a mujeres en situación de violencia en una IAMV, a partir del trabajo sobre el concepto de autocuidado, la concientización de los estereotipos y roles de género y cómo estos influyen considerablemente en cómo se internalizan y llevan a cabo estas prácticas. Se gestionó un espacio físico y de tiempo dentro de la institución para llevar a cabo actividades de trabajo autorreflexivo, así como de técnicas de trabajo físico para la relajación, en un periodo de aproximadamente 1 mes y medio.

3.1.1 Justificación del proyecto.

Quienes trabajan dentro de IAMV, llevan a cabo una labor que requiere un mayor involucramiento en el aspecto psíquico, ya que éste necesita que se mantenga un comportamiento que sostenga la empatía para redirigir el trabajo a una especie de resignificación de un evento experimentado, altamente violento y traumático para algunas personas. Sin embargo, este involucramiento lleva consigo un desgaste que puede llegar a manifestarse en el propio cuerpo, mermando no solo la calidad de atención y trabajo en la institución, sino también en la vida diaria de las trabajadoras. Razón por la cual, las prácticas de autocuidado pueden ser herramientas de impacto positivo en las IAMV.

Es por eso necesario desarrollar una intervención que fortalezca las prácticas de autocuidado en quienes desempeñan la labor de atención de los otros y otras. La intervención tiene que buscar establecer un trabajo deconstructivo y autorreflexivo respecto a lo que son e implican dichas prácticas, con el fin de que la intervención tenga un mayor impacto y forme nuevos reposicionamientos a partir de cómo cada una de las servidoras públicas, integra bajo sus propias condiciones y experiencia de vida, prácticas de autocuidado.

A partir del diagnóstico realizado, se presenta el diseño de un proyecto de intervención, como respuesta a la problemática que se ha planteado y sus diversas manifestaciones, es decir, con el fin de disminuir la sintomatología de traumatización vicaria propia, que es muy común en estos espacios de trabajo.

Se entiende que este tipo de fenómeno responde al movimiento constante entre múltiples factores, donde la traumatización vicaria es la punta del iceberg, que se inscribe en el cuerpo y da cuenta de una ausencia de atención dirigida hacia una misma.

A través de la historia, las mujeres han enfrentado situaciones que han representado una lucha constante para acceder a ciertos derechos, civiles, políticos y sociales, así como acceder a otro tipo de espacios, como el laboral. Si bien estos triunfos abrieron puertas de oportunidad para las mujeres, hay una cultura que se empeña en establecer un modus operandi específico y atormentador.

No obstante, tener un acercamiento con una realidad desesperanzadora, permite generar la fuerza necesaria para intentar hacerle frente y conseguir un cambio de grandes proporciones. Ese es el fin último del proyecto de intervención. Que a partir del trabajo en colectivo con un grupo de mujeres que desempeña la valiente labor del acompañamiento a otras mujeres que han sido víctimas de esta cultura abrumadora, se permitan rescatar en ellas mismas prácticas de autocuidado que les dé la oportunidad de restablecer su fortaleza para afrontar los retos de su trabajo, y que además, este tipo de prácticas se lleven al ámbito social, como una cadena de acción, como una práctica de lo cotidiano.

3.1.2 Objetivos de intervención.

General:

- Fortalecer prácticas de autocuidado en profesionales que atienden a mujeres en situación de violencia.

Específicos:

- 1- Generar un espacio físico y de tiempo, donde las trabajadoras puedan ejercer prácticas de autocuidado.
- 2- Abordar y retomar prácticas de autocuidado.
- 3- Crear consciencia sobre los estereotipos y roles de género, y su influencia como obstáculo en el ejercicio de prácticas de autocuidado.

3.2 Estructura del Proyecto

3.2.1 Equipo de trabajo.

Si bien el equipo de trabajo que realizará la intervención estará a cargo de una sola persona para su implementación (la investigadora responsable), es importante mencionar que hay partes fundamentales para lograr que dicho proyecto se lleve a cabo en los mejores términos.

El equipo de trabajo indispensable para llevar a cabo el proyecto de intervención es el siguiente:

Investigadora responsable: Lic. en psicología clínica Elena Catalina Gutiérrez Franco, encargada de la organización y de llevar a cabo el proyecto de intervención con las trabajadoras de la institución.

Asesora de proyecto: Dra. en psicología social María Elena Meza de Luna, encargada del asesoramiento y guía para la construcción del proyecto de intervención.

Puente comunicativo institucional: encargada de área en la institución, como un elemento fundamental para establecer las gestiones necesarias dentro de la institución para llevar a cabo el proyecto de intervención.

3.2.2 Beneficiarias.

Las beneficiarias directas de la intervención, será un equipo compuesto de 10 servidoras públicas que trabajan en diferentes áreas de una IAMV, atendiendo diferentes problemáticas relacionadas a la violencia de género, ya sea atendiendo directamente o dando pláticas en espacios públicos. En segundo término, la institución donde trabajan estas mujeres, ya que, al mejorar las condiciones laborales en cuestión de espacios para ejercer prácticas de autocuidado en las trabajadoras, se espera ver un efecto positivo reflejado en la atención que

brindan a las usuarias que llegan en busca de un cobijo; quienes serán en consecuencia, beneficiarias también del proyecto de intervención.

3.2.3 Lineamientos de la intervención.

El proyecto de intervención fue realizado únicamente con las trabajadoras que laboran dentro de la sede matriz de una IAMV. Esto a raíz de que las demás trabajadoras están distribuidas en otros módulos de atención externos, lo cual dificultaba la posibilidad de reunir a todas para las sesiones de trabajo.

Tomando en cuenta la dinámica laboral que tienen las servidoras públicas, se trabajaron sesiones de 25 minutos, antes de la hora de salida (3:30 pm), posibilitando que no se quedaran tiempo extra después de su jornada laboral diaria.

Se trabajaron 10 bloques en total, los cuales engloban 5 módulos temáticos, en cada uno se abordaron técnicas participativas, técnicas de reflexión-acción y actividades físicas relajantes.

3.2.4 Plan general de implementación.

La intervención buscó establecer un trabajo autorreflexivo que ayudó a la deconstrucción sobre lo que son e implican las prácticas de autocuidado, con el fin de que la intervención tuviera un mayor impacto y formara nuevos significados a partir de cómo cada una de las servidoras públicas, integra bajo sus propias condiciones y experiencia de vida, dichas prácticas. Así mismo, el trabajo de intervención ofrecía ayudar a generar nuevos posicionamientos subjetivos a partir de la categoría género y su relación con las prácticas de autocuidado, lo que permitiría una mejor incorporación de dichas prácticas al cotidiano de las servidoras públicas. Para esto fue importante que se implementaran y establecieran

espacios específicos dentro de la institución, tanto físicos como de tiempo, para la incorporación de este tipo de trabajo y sus beneficios.

En cada bloque (ver anexo H), se buscó que las trabajadoras se vieran beneficiadas al adquirir herramientas que les permitan ejercer y fortalecer prácticas de autocuidado, con el fin de incorporarlo a su cotidiano como una práctica fundamental en su día a día.

Las sesiones, a excepción de la junta de presentación, fueron de 25 minutos cada una, antes de terminar su jornada laboral (3:30pm) y estuvieron desarrollándose en tiempo(ver Anexo I) durante los meses de agosto hasta finales de noviembre, en los cuales se llevaron a cabo todas las actividades planeadas.

Las sesiones de trabajo se basaron en 2 manuales:

- “Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia familiar” de la Organización Panamericana de la Salud (1999).
- Guía para la reflexividad y el autocuidado. Dirigido a profesionales y educadores de equipos psicosociales de los programas del Sistema de Protección Social Chile Solidario (s.f.).

A continuación se plantean los objetivos y número de sesiones de cada uno de los bloques en los que consistió la intervención antes descrita.

- **1er bloque: Junta de presentación, encuadre y aplicación de Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (Moreno, Morante, Rodríguez & Garrosa, 2004) y Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Sandín & Chorot, 2003) (1 día)**

Tiempo: 1 sesión de 1 ½ hr

Objetivo: presentar el plan de trabajo con las trabajadoras y establecer el encuadre de trabajo que se llevará a cabo en las sesiones posteriores. Posterior a ello, aplicar dos pequeños cuestionarios de evaluación para detectar y medir sintomatología de traumatización vicaria, así como estrategias cognitivas para afrontar situaciones de estrés.

- **2º bloque: Autoevaluación (1 día)**

Tiempo: 1 sesión de 25 min

Objetivo: que las trabajadoras puedan realizar una autoevaluación sobre cómo se encuentran actualmente en relación con su trabajo como auxiliares directas en el trabajo de la violencia contra las mujeres, para comenzar visualizar en que aspectos puede que se estén descuidando más.

Medios de evaluación: cuestionario de autoevaluación del manual “Ayudándonos a ayudar a otros: guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia familiar” de la Organización Panamericana de la Salud (1999).

- **3er bloque: módulo 1 Nuestra historia (6 días)**

Tiempo: sesiones de 25 min cada una.

Objetivo: sensibilizar y concientizar sobre cómo algunos aspectos de nuestra historia personal, en algunos casos, momentos que han resultado traumáticos, estereotipos, ideologías, etc., pueden incidir significativamente en el trabajo que se realiza frente a mujeres que han sido violentadas. Este bloque también buscó generar un trabajo auto reflexivo en relación a cómo a lo largo de la historia de vida se han encarnado ciertas prácticas en relación al autocuidado y que tienen relación con algunos estereotipos de género.

- **4º bloque: módulo 2 Cuidando nuestro cuerpo (12 días)**

Tiempo: sesiones de 25 min cada una.

Objetivo: conocer algunas prácticas alternativas de cuidado para el cuerpo (ejercicios de respiración, meditación y reflexión), ya sea de forma individual o colectiva. Este bloque buscó profundizar y reflexionar sobre las premisas que establece el modelo biomédico de salud, su relación con los estereotipos de género y cómo estos determinan e inciden significativamente en las prácticas de autocuidado.

- **5o bloque: módulo 3 Poniéndonos en contacto con nuestros sentimientos (4 días)**

Tiempo: sesiones de 25 min cada una.

Objetivo: sensibilizar y reconocer parte de la gama de sentimientos, tanto positivos como negativos, que suelen ser atravesados por estereotipos de género y que influyen en la labor institucional. Incluyó el trabajo auto reflexivo, el reconocimiento y la puesta en contacto con los propios sentimientos ayuda a generar nuevos posicionamientos subjetivos en la medida que se van reconociendo las ideas culturales dominantes sobre el género y cómo estas tienen un peso significativo en cómo expresamos y trabajamos con nuestros sentimientos.

- **6º bloque: módulo 4 Transformando nuestra forma de pensar (10 días)**

Tiempo: sesiones de 25 min cada una.

Objetivo: comenzar a deconstruir algunas ideas respecto al autocuidado, de manera que se pueda interiorizar en el cotidiano de cada una de las trabajadoras, desde su propio trabajo auto reflexivo. Este bloque se centró en trabajar con formas establecidas de pensamiento que suelen tener relación con la manera particular de interpretar y conducirnos en nuestro entorno, que muchas veces, están atravesadas por mandatos de género, etnia, edad, etc., que solemos usar de manera automática y rígida, y que por lo tanto, suelen obstaculizar un buen trabajo de autocuidado e institucional.

- **7º bloque: módulo 5 Revisemos lo que hacemos todos los días (3 días)**

Tiempo: sesiones de 25 min cada una.

Objetivo: analizar pautas de comportamiento que puedan ayudar a alcanzar un bienestar personal en las trabajadoras. El bloque se centró en un trabajo auto reflexivo alrededor del repertorio personal de conductas que despliegan cada una de las trabajadoras, que englobó parte del trabajo realizado en los bloques anteriores (historia de vida, forma de interpretar el entorno, las ideas sobre quiénes somos y quiénes son quienes nos rodean), para llegar a comprender con más claridad los patrones de comportamiento que llevan a cabo. En este sentido, se buscó comenzar un trabajo de reconocimiento para comenzar a hacerse responsable sobre una misma.

- **8º bloque: decálogo de autocuidado (1 día)**

Tiempo: sesiones de 25 min.

Objetivo: cierre de trabajo, donde se trabajará en la construcción de un decálogo personal de autocuidado.

Productos de la actividad: decálogo de autocuidado y libreta con frases reflexivas que se trabajaron a lo largo de los módulos.

- **9º bloque: segunda aplicación del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (Moreno, Morante, Rodríguez & Garrosa, 2004) y Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Sandín & Chorot, 2003) (1 día)**

Tiempo: 1 sesión de 25 min.

Objetivo: evaluar si hubo mejoras en el estado anímico, psicológico y emocional de las trabajadoras, así como de la integración de nuevos aspectos sobre el autocuidado. Para tal fin se aplicará por segunda vez el primer cuestionario de evaluación para detectar y medir sintomatología de traumatización vicaria, así como estrategias cognitivas para afrontar situaciones de estrés.

- **10º bloque: Autoevaluación final (1 día)**

Tiempo: 1 sesión de 25 min.

Objetivo: que las trabajadoras puedan realizar una autoevaluación final para poder medir y constatar si hubo una mejora significativa en sus estados físicos, anímicos, emocionales y de autorreflexión.

Medios de evaluación: cuestionario de autoevaluación del manual “Ayudándonos a ayudar a otros: guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia familiar” de la Organización Panamericana de la Salud (1999).

3.3 Resultados de la Intervención

Para poder evaluar los resultados de la intervención, se diseñó un cuasi experimento con dos grupos; uno denominado “activo” que participó en la intervención y un segundo denominado “control”, que no asistió a las actividades de la intervención. Para medir el efecto de la intervención, a ambos grupos se les aplicaron los mismos instrumentos cuantitativos para medir sintomatologías y cambios físicos y conductuales. Dichos instrumentos se aplicaron en dos momentos, antes y después de la intervención. Adicionalmente, para entender a mayor profundidad los efectos cualitativos que el proceso estaba teniendo en las personas participantes, se incluyeron diferentes actividades con una base de trabajo autorreflexivo, tales como ejercicios narrativos, juegos y videos que posteriormente se bajaron a reflexiones grupales e individuales, y finalmente, la información resultante se puso a análisis.

3.3.1 Sobre los objetivos de intervención y las prácticas corporales.

Los resultados del proyecto de intervención que se presentan a continuación, se muestran con base en los objetivos que se propusieron previamente. Por otro lado, y previo a los datos netos de los resultados, es importante volver a mencionar que la información recopilada y analizada la vamos a desglosar y a entender desde la conceptualización de archivos y prácticas corporales (Muñiz, 2010).

Estos conceptos nos ayudarán a entender, por un lado, la relación entre los saberes que tienen las participantes alrededor del cuerpo y su cuidado, y por otro, las prácticas que llevan a cabo para este fin derivado de este bagaje de saberes, esto en un marco antes y después de la intervención. Lo que se pretende en este capítulo, es poder visualizar cómo confluyeron ambos conceptos y cómo se movilaron hacia el final de la intervención para dar lugar a nuevas conceptualizaciones y prácticas de autocuidado.

Si bien, el objetivo general de la intervención era “fortalecer prácticas de autocuidado en profesionales que atienden a mujeres en situación de violencia”, se parte de la premisa de

trabajar con los archivos corporales, es decir, con los saberes de las participantes, poniendo en diálogo aquellos que están más ligados a un modelo biomédico, a las imposiciones socio culturales y a ciertos estereotipos de género, intentando expandir este campo de saberes previo, y así movilizarlos a un campo mucho más consciente y de esta manera ayudar a generar otras prácticas corporales ligadas al concepto de autocuidado que hemos manejado desde un inicio. Por supuesto, derivado del análisis de los datos recopilados a lo largo de la intervención, éstos, dan cuenta de una serie de procesos que mucho tienen que ver con estas premisas iniciales, y que se irán explicando en los posteriores sub puntos.

Se pudo observar (ver Figura 3) cómo a través del proceso de autoconocimiento y autorreflexivo se pudieron generar nuevas prácticas corporales en las participantes, donde se generó una resignificación y reposicionamiento en prácticas que llevaban a cabo, así como la inclusión y reconocimiento de otras nuevas.

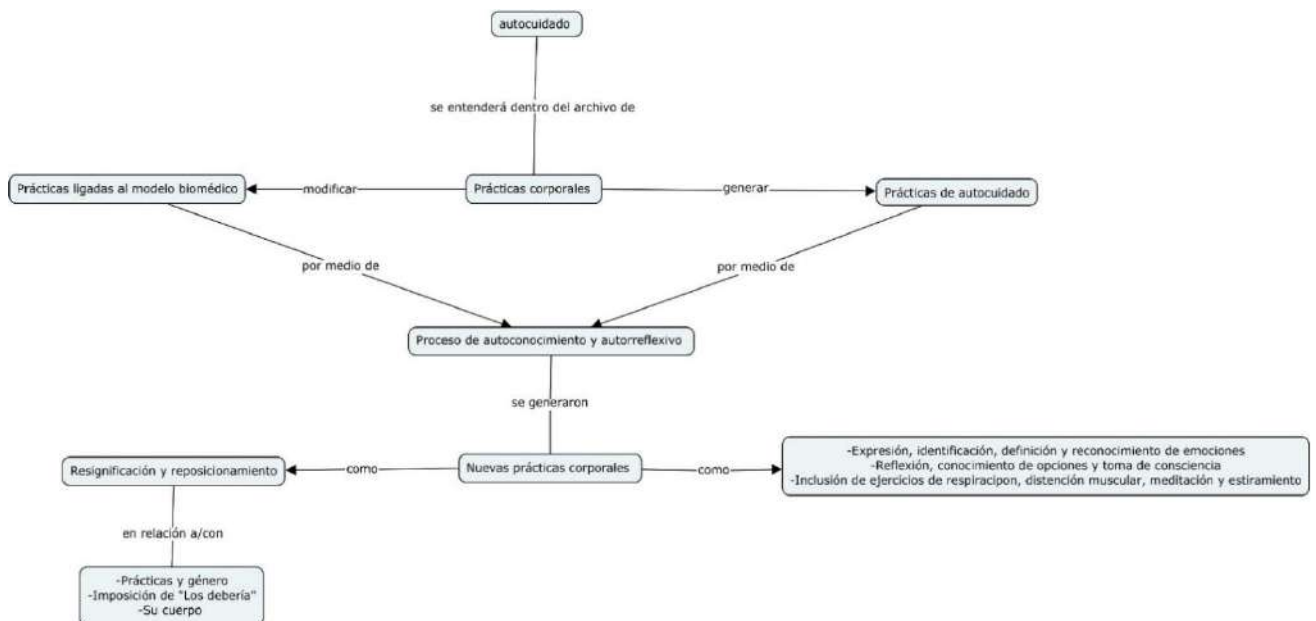


Figura 3. Esquema General de Resultados de Intervención. Estructura esquematizada sobre cómo a través del proceso de autoconocimiento y autorreflexión se pudieron generar nuevas prácticas corporales en las participantes, donde se generó una resignificación y reposicionamiento en prácticas que llevaban a cabo, así como la inclusión y reconocimiento de otras nuevas. Fuente: elaboración propia.

3.3.2 Resultados cuantitativos.

3.3.2.1 Sobre los instrumentos (EETS, CAE, Autoevaluación).

Para tener un panorama claro sobre los resultados de la intervención, su trascendencia y eficacia en quienes participaron, el proyecto y los datos recopilados se consolidaron en un trabajo de análisis cuantitativo y cualitativo.

Como ya se ha señalado, se establecieron 2 grupos (ver Tabla 6): un grupo activo, conformado de 10 personas de diferentes áreas, como Cine móvil, Unidad móvil, una Trabajadora social, Ludoteca, Botargas y la Coordinación de todas estas áreas, con quienes se trabajó a lo largo de las sesiones. El segundo, un grupo control, conformado de 10 personas de otras áreas de trabajo, como TelMujer, Centro de Atención Especializada (CAE), Gestión y empoderamiento, la Coordinación de estas áreas y Recepción, a quienes se les aplicó únicamente los cuestionarios a inicio y final de la intervención.

Estos 2 grupos tenían por objetivo generar un punto de comparación, sobre quienes tomaban el espacio de autocuidado y quienes no, y establecer si había diferencias significativas en torno a esto. También, con el fin de dejar un antecedente sobre los cambios que se presentaron en el personal que tuvo las sesiones de trabajo, y marcar aún más la importancia de este tipo de espacios dentro de la institución.

Tabla 6
Grupo Activo y Grupo Control

	Participantes grupo activo	Total participantes 10	Edad 19-45 años	Participantes grupo control	Total participantes 10	Edad 27-44 años
Área de trabajo y formación	Cine movil Unidad movil Servicio social Coordinación Botarga Ludoteca		Preparatoria Psicólog@s Abogadas Trabajadora social Pedagoga	Tel mujer Coordinación CAE Gestión y empoderamiento Recepción		Psicólogas Abogadas Comunicóloga Puericultista

Es preciso mencionar que dentro del grupo activo, había un participante varón, el resto eran mujeres. Razón de por qué se escribe “psicólog@s”. Fuente: elaboración propia.

Dentro del análisis cuantitativo, se emplearon tres instrumentos, los cuales se aplicaron al inicio y al final de la intervención, cada uno para medir factores importantes como sintomatología, los mecanismos que se utilizan para abordar situaciones estresantes dentro de su trabajo y los posibles cambios físicos y conductuales.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS) (Meda, Moreno, Rodríguez, Arias & Palomera, 2011): este instrumento se enfoca en detectar cambios en profesionales de atención y ayuda en 3 variables: fatiga emocional o por compasión, sacudida de creencias y sintomatología. Fue empleado con el fin de obtener un puntaje que diera cuenta, en primer lugar, de la sintomatología presente en cada participante, y posteriormente, que esta disminuyó después de las sesiones de trabajo.

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Sandín & Chorot, 2003): este cuestionario mide los esfuerzos conductuales y cognitivos que llevan a cabo las personas para hacer frente al estrés. Se basa en 7 variables, las cuales se dividen en 2 grupos: el primero tiene que ver con mecanismos positivos para afrontar el estrés, donde se espera que el puntaje en estos mecanismos aumente, como focalización en la solución del problema (fsp), búsqueda de apoyo social (bas) y reevaluación positiva (rep); el segundo grupo de variables, representa mecanismos relacionados a altos niveles de estrés, donde se espera que el puntaje disminuya, como autofocalización negativa (afn), expresión emocional (eea), evitación (evt) y religión (rlg).

Autoevaluación (Claramunt, 1999): este cuestionario de autoevaluación se encuentra en la Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia familiar. Busca conseguir mediante una serie de preguntas, la percepción de las participantes en torno al malestar en 5 variables: cambios físicos, cambios emocionales, cambios en la conducta, cambios en la vida espiritual y cambios en la labor de ayuda. Esto con el fin de dar una premisa inicial sobre el estado de cada una de las participantes.

3.3.2.2 Observaciones preliminares (factores a considerar que influyeron en los resultados).

Cada uno de los instrumentos utilizados tenía la finalidad de vislumbrar la efectividad del proyecto de intervención, donde se esperaba un cambio significativo en los niveles de sintomatología y malestar en las participantes. Sin embargo, es importante tomar en cuenta las características heterogéneas del grupo activo. Se entiende que para cualquiera de los cuestionarios, el grupo activo, con únicamente 10 personas, no es una muestra representativa y significativa. Por otro lado, es un grupo que viene de diferentes áreas; las cargas laborales, el tipo de población con quien trabajan, las aptitudes profesionales, cognitivas, tiempos (hrs.) de trabajo y dinámica de actividades son diferentes. Otro factor que es importante mencionar, es la cuestión de la asistencia (ver Figura 4) y la dinámica laboral cambiante de las participantes, siendo el grupo que tenía el permiso institucional para acudir a las sesiones de trabajo, la asistencia fue dispar, donde únicamente una participante cumplió con apenas el 73% de las sesiones. Esto claramente afecta en los resultados por la razón de que ninguna de las participantes concluyó al 100% con las sesiones, lo que significa que los temas, los contenidos de los ejercicios de autorreflexión y las actividades no fueron trabajados de una forma homogénea, y por tanto, puede que tampoco hayan sido en su totalidad asimilados o internalizados.

La dinámica laboral comenzó a modificarse a partir de la 4ª semana (ver Figura 5), las actividades institucionales aumentaron, lo que imposibilitó que las participantes pudieran entrar a las sesiones de trabajo, ya que daban mayor prioridad a sus entregas y actividades laborales. Este punto no es ajeno para el análisis de datos y se detalla más detenidamente en el apartado cualitativo.



Figura 4. Frecuencia de Asistencia. En relación a la asistencia, apenas una participante cumplió con el 73% de las sesiones, mientras que la mitad del grupo activo tuvo una asistencia baja, completando apenas el 36.4% de las sesiones. Fuente: elaboración propia.

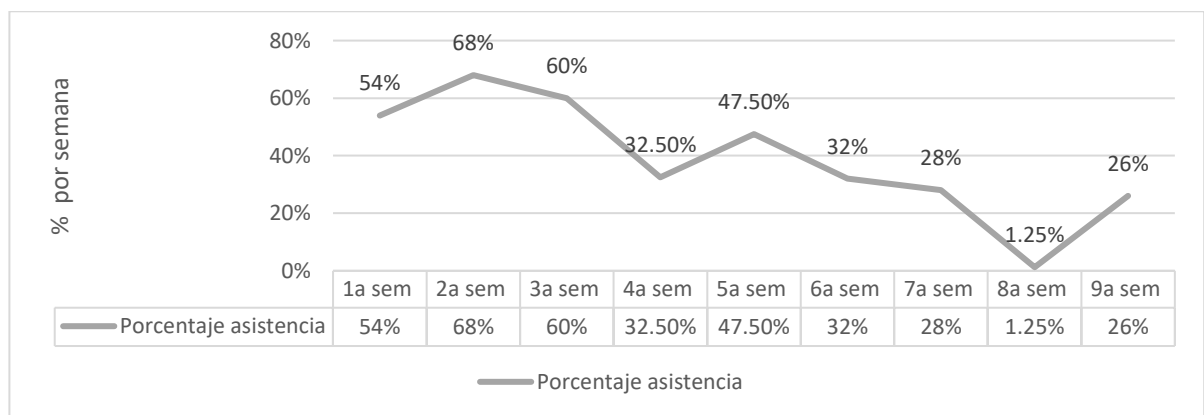


Figura 5. Porcentaje de Asistencia. A partir de la 4ª semana, la asistencia comienza a disminuir, sobre todo por el cambio y aumento de la dinámica laboral de las participantes. Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, a la par de todos estos factores, es preciso rescatar que aún con las diversas características del grupo activo, no hubo otros impedimentos para poder aplicar el proyecto de intervención, del cual se recopiló la información necesaria que se presentará en el análisis cualitativo.

3.3.2.3 Resultado cuantitativo final.

Realizando una prueba de medias entre las dos aplicaciones (antes y después) no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en ninguna de las dimensiones de los 3 instrumentos.

Pero como se ha mencionado previamente, esto no significa que no hubiera cambios en relación a la sintomatología o el aumento de percepciones positivas frente al estrés o el malestar de las participantes.

Como parte de los resultados de las aplicaciones (antes y después) de cada uno de los cuestionarios aplicados (ver Tablas 7 a 9), sobresalen las variables[*] donde hubo cambios de mejora después de terminar las sesiones de trabajo. En este caso, se prioriza el grupo activo, ya que fue quien estuvo trabajando en el espacio de autocuidado.

Tabla 7
Comparativo Entre Grupos de la Escala de Estrés Traumático Secundario

Promedio		fe	sc	s
grupo activo	1a apl	1.7	2.095	1.9623333
	2a apl	*1.695	*1.675	*1.89
grupo control	1a apl	1.75	2.15	2.132
	2a apl	*1.725	2.175	*2.049

Las tres variables[*] (fe=fatiga emocional, sc=sacudida de creencias y s=sintomatología) disminuyeron al finalizar la intervención.. Fuente: elaboración propia.

Tabla 8
Comparativo entre Grupos de la Autoevaluación

Promedio		cf	ce	cc	cve	cla
grupo activo	1a apl	0.433333	0.288889	0.25	0.2083	0.08182
	2a apl	*0.383333	*0.122222	*0.178571	*0.1333	0.08182
grupo control	1aapl	0.45	0.266667	0.15	0.075	0.17727
	2a apl	*0.416667	0.266667	0.171429	0.1083	*0.12727

El malestar en cuatro de las variables[*] (cf=cambios físicos, ce=cambios emocionales, cc=cambios en la conducta, cve=cambios en la vida espiritual) disminuyó al finalizar la intervención. Fuente: elaboración propia.

Tabla 9
Comparativo entre Grupos del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Promedio		entre + mejor			entre - mejor			
		fsp	rep	bas	afn	eea	evt	rgl
grupo activo	1a apl	2.582	2.765	1.963	1.262	1.281	1.68	0.599
	2a apl	*2.764	2.447	*2.246	**0.93	**1.264	1.73	0.765
grupo control	1a apl	2.997	2.664	2.246	0.947	1.262	1.63	1.029
	2a apl	2.713	*2.279	1.964	**0.931	1.345	1.663	**0.915

Aumentaron las variables[*] relacionadas a bajos niveles de estrés (fsp=focalización en la solución del problema y bas=búsqueda de apoyo social). Mientras que las variables[**] relacionadas a altos niveles de estrés (afn=autofocalización negativa y eea=expresión emocional),disminuyeron. Fuente: elaboración propia.

3.3.3 Resultados cualitativos.

Después de implementar el proyecto de intervención, se pudo recolectar información diversa de cada una de las participantes, desde lo relacionado con sus estilos de vida, sus conceptualizaciones alrededor de la salud, el autocuidado, el género, hasta las variables como la actividad laboral y el tiempo, que les permiten en mayor o menor medida realizar cierto tipo de actividades en pro de generar un estado de bienestar para ellas.

El trabajo de intervención tuvo una base fundamental estructurada en un trabajo autorreflexivo (ver Figura 6). Este punto es importante y significativo. Si bien, las sesiones

de trabajo fueron planeadas con base en la “Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia familiar” (Claramunt, 1999), donde se contempla un ejercicio autorreflexivo alrededor de 5 áreas: historia personal, cuerpo, emociones, pensamientos y proyección social; también se incluyeron otro tipo de planteamientos para puntualizar y diferenciar las conceptualizaciones de autocuidado, tanto personales como sociales, que pueden estar más dirigidas a un modelo biomédico, o bien, hacia el concepto que nos interesa. También se incluyeron planteamientos sobre las prácticas de autocuidado y el género, ya que es una parte fundamental para replantear el ejercicio de prácticas que llevan a cabo y que pueden estar relacionadas o asociadas en lo cultural como prácticas “exclusivas” de mujeres o de hombres, así como ciertas imposiciones personales que tienen un fundamento en lo cultural.

Toda la información recopilada se analizó bajo los ejes del marco teórico propuesto: salud, prácticas de autocuidado, género y lo institucional, con el fin de no perder de vista el objetivo de la investigación.

3.3.3.1 En el camino de la autorreflexión.

Es indiscutible, que después del proyecto de intervención, se generó o amplió la mirada de las participantes alrededor de las prácticas de autocuidado que conocen, o bien, que realizan en su cotidiano.

Si bien, se consiguió un espacio de trabajo dentro de la institución, que estaba avalado con el respectivo permiso institucional para que las participantes se permitieran “estar” 25 min diarios en las sesiones, se había comentado anteriormente sobre las complicaciones mismas de un sistema laboral e institucional que influyó en la asistencia de las mismas. Sin embargo, a lo largo del trabajo autorreflexivo, este aspecto produjo dos puntos interesantes de los que vale la pena hablar: sobre afrontar las resistencias y repensar las prioridades.

3.3.3.1.1 Afrontar las resistencias.

A lo largo del proyecto de intervención comenzaron a emerger las resistencias propias de un proceso que ponía sobre la mesa las representaciones ideales sobre qué y cómo era el autocuidado, a dónde iba dirigido, qué implicaba y sobre lo que se hacía o no, para autocuidarse. El trabajo autorreflexivo alrededor de estos puntos, generó una respuesta en 2 niveles: el primero, a nivel de malestar, el choque inminente sobre cuestionarse a ellas mismas y sus esquemas alrededor de estos temas, la resistencia desde el ámbito de sus saberes profesionales, desde la psicología, el derecho, por mencionar algunos, el dar por hecho tener dominada la teoría y la práctica; esto se reflejaba en frases como “Es algo que he venido trabajando hace tiempo” (Participante #8, 29 años); y en segundo lugar, a nivel de reconocimiento, una vez dentro del trabajo autorreflexivo, se visibilizaron y asentaron principalmente los siguientes cinco puntos:

1- Visibilización de la paradoja comportamental

Bien se dice que “del dicho al hecho, hay mucho trecho”, y no es la excepción al hablar de prácticas de autocuidado. Desde que se inició la investigación, se dio cuenta sobre el discurso contradictorio entre considerar importante el autocuidado, como algo prioritario e indispensable, pero no ocuparse o dedicar algo de su atención realmente en ello. Este discurso se repitió durante las primeras sesiones, pero conforme se avanzó en la intervención, este discurso se hizo más visible para ellas —como haciendo eco—, al caer en cuenta de su ausencia en las sesiones. Esto también se hacía evidente en los ejercicios donde se les preguntaba sobre sus prácticas de autocuidado del día y darse cuenta que no se habían dedicado a ellas, sino a otras cosas o personas. Este punto, de hacer visible su discurso, abrió la puerta para hablar sobre la automatización de sus acciones y elecciones alrededor del autocuidado, pero también, para abordar la cuestión del desconocimiento y los ideales que se construyen alrededor del tema.

2- Romantización de la sanación

Al hacer visible su propio discurso, contradictorio con sus prácticas, se pudo poner a dialogar la parte sobre los ideales que giran alrededor del autocuidado, como una práctica que tiene como único fin la felicidad perpetua de la persona, una práctica que evita los malestares tediosos de cuestionarse, conocerse y confrontarse, como una práctica “de la ligereza”⁴. Esto se reflejó en su discurso, durante el ejercicio de realizar su decálogo de autocuidado, como por ejemplo:

“Conócete, adéntrate en los laberintos, no para perderte más, sino para confirmar que hay muchas salidas.” (Participante #13, 31 años)

3- Flexibilidad de pensamiento

Como consecuencia positiva de esta serie de diálogos autorreflexivos, se comenzó a generar un pensamiento más flexible. Es decir, las prácticas de autocuidado ya no como una tarea a realizar a la fuerza, como un mandato personal pero impuesto socialmente para ser un sujeto funcional en todas las áreas. Este nuevo conocimiento generado por las participantes, basado en la creación de posibilidades, oportunidades y opciones; generó una sensación de alivio para ellas.

“Está bien no poder continuar y hacer pausa para reflexionar que está pasando conmigo.” (Participante #5, 26 años)

4- No hay prácticas buenas o malas

Siguiendo esta línea, la flexibilidad de pensamiento, abonó a repensar la idea de que hay una sola lista de prácticas de autocuidado a seguir. Esto limitaba, por decir poco, el visualizar que se podían generar otras opciones sin que esto fuera sinónimo de estar haciendo algo mal, salir de la premisa del estado de bienestar estándar y comenzar a pensar en sus propios conceptos, ideas y opciones de bienestar, basados en el conocimiento sobre ellas mismas.

⁴ Término referido a Guilles Lipovetsky, de quien retomo su concepto de ligereza en el apartado de discusión.

5- Indagando en los “por qué” y “para qué”

Algo fundamental de este proceso fue la premisa para acercarnos a un trabajo autorreflexivo más provechoso. Este partió de dos cuestionamientos que se aplicaron tanto a las prácticas de autocuidado que las participantes ya realizaban y a las nuevas prácticas que quisieron integrar a su día a día. Estos cuestionamientos tienen que ver con preguntarse ¿por qué? (¿Por qué esta práctica?, ¿Por qué me cuestiono sobre esto/aquello?, ¿Por qué debo cuidarme?, ¿Por qué quiero cuidarme?, ¿Por qué necesito ser funcional y estar bien siempre?, ¿Por qué solo hay cierto tipo de prácticas para el autocuidado?) y ¿para qué? (¿Para qué realizo este tipo de prácticas?, ¿Para qué me sirve re-conocerme?, ¿Para qué reconocer mis emociones y sentimiento?, ¿Para qué cuidarse?). Por supuesto, no son los únicos cuestionamientos que se generaron, pero se establecieron como los más importantes, y se observó sobre todo a lo largo del trabajo autorreflexivo y de autoconocimiento de cada participante:

“Ver y analizar mis necesidades y cómo puedo aportar para cuidarme y no caer en cambios comportamentales, emocionales y de salud que me lleven a un deterioro.”
(Participante #4, 45 años)

3.3.3.1.2 Repensar prioridades.

El discurso inicial de las participantes, daba un lugar primordial al autocuidado, como algo que debía estar en el #1 de sus prioridades, como algo fundamental en la vida de las personas, incluso para su labor institucional.

De la mano del trabajo autorreflexivo, y en conjunto con los nuevos reconocimientos alrededor de las resistencias para realizar prácticas de autocuidado, surgió el factor tiempo. Y es que, para realizar prácticas de autocuidado se requiere tiempo, y este parecía algo inaccesible para las participantes, quienes comentaban constantemente no tener tiempo para incluir otras actividades, además de las que ya tenían, no solo en el espacio laboral, sino también fuera de este, contando las particularidades de cada una: quienes eran madres, quienes tenían más de dos trabajos, quienes estudiaban, etc.

Conforme se fue modificando la dinámica laboral, es decir, cuando aumentó a partir de la 4ª semana de intervención, el factor tiempo se volvió algo crucial y determinante para las participantes, quienes difícilmente tenían tiempo: tiempo para las sesiones, tiempo para terminar sus pendientes del trabajo, tiempo para ellas mismas. Cuando se puso el factor tiempo sobre la mesa, interesantemente surgió por resultado el debate sobre tiempo vs organización.

1- Tiempo vs organización

¿Tiempo o falta de organización?, una pregunta que se generó alrededor de varias actividades. El cuestionamiento inicialmente causó ruido, apareció como un reto, de nuevo confrontando las resistencias de las participantes, producto de sostener que su día estaba por demás organizado al grado de no poder organizarse más. Sin embargo, como resultado de dos actividades en particular: “calendario de autocuidado” y “lista de prioridades”, las participantes pudieron llegar a la conclusión que más que falta de tiempo, en su mayoría es una falta de organización.

Esta conclusión llegó al momento de sobreponer los resultados de las actividades realizadas, en una de ellas, el producto fue una lista de las prioridades de cada una de las participantes, la cual pudieron comparar con una segunda lista de las actividades que realizan día con día, para ver cuánto concordaba una lista con la otra, dándose cuenta que entre sus prioridades y sus actividades había una diferencia significativa, la mayoría de sus prioridades no estaban contempladas en un plano de actividades que realicen a diario y que sean para ellas, sino que esa característica aparece únicamente como forma de pensamiento, o por otro lado, las prioridades que tienen que ver exclusivamente con ellas no están dentro de la lista. Esto sobre todo en quienes son madres de familia, donde ellas pasan a segundo o último plano, ya que sus prioridades en relación al cuidado tienen que ver con ocuparse o cuidar de otras personas.

En la segunda actividad, las participantes tuvieron la oportunidad de organizar libremente un calendario semanal (lunes a domingo), donde primeramente escribieron las actividades que realizan todos los días, su rutina, incluyendo todo tipo de actividades, desde laborales

hasta las actividades de ocio, para después incluir dentro de esa rutina, algunas prácticas de autocuidado que les gustarían y que por lo general no realizaban por falta de tiempo. Aquí las participantes se encontraron con la acción de organizar su día, pensando también en ellas y no solo en actividades que tenían que cumplir como un *check list*, lo que generó un vuelco para repensar cómo podían incluir en la medida de sus necesidades y prioridades, más conscientes, más cercanas a sus realidades, otro tipo de prácticas. Y al mismo tiempo, generaba extrañeza el hecho de poder no solo pensarse en la posibilidad de realizar prácticas de autocuidado, sino realmente realizarlas, llevarlas a cabo sin sentir culpa o desperdicio del tiempo.

Basta decir que ambas actividades quedaron casi truncadas por la falta de participación, acción y seguimiento de las mismas participantes para realizar un calendario que ellas mismas realizaron con plena libertad. Es aquí donde se generó la conclusión para replantear su discurso del tiempo. No se ponía en duda la idea o acción de que las participantes realmente organicen su agenda de actividades día con día, pero en ésta, ellas no son prioridad o no tienen una línea de conexión con su lista de prioridades.

Poner a diálogo y reflexión la idea normalizada de solo pensarse operantes en el sentido de cumplir con una lista de prácticas que no tiene que ver directamente o conscientemente con ellas, el pensamiento internalizado de ver primero por los demás, re-pensar una acción casi automatizada y ponerla bajo los diferentes cuestionamientos ¿Por qué?, ¿para qué?, ¿de dónde surge la iniciativa por hacer algunas prácticas y otras no?, es lo que fortaleció el proyecto de intervención y ayudó a las participantes a dirigir su mirada hacia la posibilidad de nuevas prácticas corporales.

3.3.3.2 Resignificación y reposicionamiento.

A través del trabajo autorreflexivo se comenzaron a replantear muchas cosas. Dentro de los objetivos interesaba poder expandir la discusión y el análisis sobre las prácticas que están más dirigidas por un modelo biomédico, las cuales gobernaban por excelencia el archivo de

prácticas corporales de las participantes en relación a las prácticas de autocuidado que optaban por realizar.

Como recordatorio, las prácticas corporales que están mucho más dirigidas por un modelo biomédico, no están necesariamente en contra de generar un bienestar a la persona, sino que abogan por un único tipo de autocuidado dirigido a prácticas que procuran un bienestar a nivel físico, omitiendo la parte autorreflexiva y la toma de consciencia, que es lo que interesa en este proyecto. Cuando se centraliza la atención únicamente en un tipo de prácticas, y se imponen como las únicas que tienen un valor o reconocimiento, se restringe la participación de la persona a otro tipo de niveles mucho más profundos para su autoconocimiento y se merma la generación de opciones basadas en la experiencia de vida de cada una de las participantes. Por supuesto esto tiene un trasfondo colocado en la cultura, que se manifiesta como reglas inamovibles, las cuales, al no ser realizadas en totalidad, genera otro tipo de sentimientos como frustración y estrés. De esto se hablará mucho más a detalle en el capítulo de discusión.

3.3.3.2.1 Prácticas corporales y género.

Dentro de las características del grupo activo, es que siendo un grupo que trabaja dentro de una institución gubernamental, y en general en cualquier tipo de trabajo donde se brinda un servicio, la apariencia funge un papel importante. No profundizaré sobre los aspectos de la imagen y su relación con la productividad o calidad de servicio, sin embargo, al hablar de la apariencia, implica la selección de una vestimenta, desde la ropa hasta el calzado, el peinado, el maquillaje, los accesorios, elegir un perfume, entre otras cosas; en pocas palabras implica tiempo, tiempo que se dedica a este ritual de la apariencia, todos los días, al menos en los que se tiene que ir a trabajar, y que muchas veces es priorizado por encima de otras prácticas, por ejemplo, el comer.

Este tipo de prácticas que están más ligadas a la imagen o a la belleza, están colocadas bajo el velo de los estereotipos de género, y por supuesto, condicionan el orden de prioridad

en las prácticas que realizan las participantes para autocuidarse. Esto fue puesto sobre la mesa donde las participantes resaltaron los siguientes tres puntos:

1- Prácticas de hombres y mujeres

Al inicio de la intervención se tenía una idea general sobre que las prácticas de autocuidado podían ser equitativas tanto para hombres como para mujeres, que no habría una diferencia significativa entre las prácticas que hacen unos y otras. Esta idea estaba basada en la premisa que el autocuidado estaba enfocado a prácticas corporales como la alimentación, el descanso o el ejercicio, es decir, a prácticas que procuraban el bienestar físico únicamente. Sin embargo, al abordar la reflexión en torno al género, se visibilizaron una serie de mandatos que estaban colocados tanto para las mujeres como para los hombres, y que no necesariamente tenían relación con el autocuidado. El trabajo autorreflexivo se guió bajo una premisa de no caer en la categorización de prácticas buenas o prácticas malas, sino de visibilizar cómo imperan estos mandatos y estereotipos de género para la elección de prácticas de autocuidado y su realización.

Esto saltó mucho más al abordar las prácticas corporales relacionadas a la belleza (depilación, vestimenta, maquillaje), la demanda social sobre las mujeres para llevar a cabo estas prácticas y lo innecesario que suelen resultar si lo que se prioriza es el autocuidado.

Como consecuencia, la presión y el mandato interno tomaron otro rumbo, enfocado a resignificar la postura de cada una frente a las prácticas de belleza que realiza, su relevancia para su desarrollo personal y en la priorización frente a otras prácticas más benéficas para el autocuidado. Al realizar un ejercicio de reflexión y toma de conciencia sobre el género y las prácticas que se llevan a cabo día con día, las participantes ampliaron su espectro de opciones y pudieron elegir entre unas y otras, generaron nuevos posicionamientos que les ayudaron a diferenciar entre las imposiciones externas y sus propias necesidades.

“Lo que más valoro, el alimentar este juicio crítico de todo lo que hay alrededor del autocuidado.” (Participante #13, 31 años)

2- Imposición de los “debería”

Otro de los abordajes significativos y en relación con el género, fue la cuestión de las imposiciones personales que nacen a partir de las idealizaciones permeadas por la cultura, los cuales también influyen en cómo se entiende o conceptualiza el autocuidado. El mandato de los “debería” son esta serie de premisas, que fungen como reglas o imposiciones que “deben” ser cumplidas (debería hacer ejercicio, debería comer sanamente, debería descansar más, debería ser feliz todo el tiempo y ser agradecida por lo que tengo). Se mueven bajo los estándares que la cultura de un determinado lugar promueve sobre el ideal del bien vivir, pero que nunca son puestos bajo lupa para verificar si esto es realmente cierto. Estos están basados principalmente en desarrollar personas con gran poder económico, personalidades basadas en un positivismo que no trabaja con las emociones catalogadas como negativas.

Las participantes en este sentido, pudieron identificar las imposiciones que han estado cargando y al mismo tiempo, desprenderse, repensar o resignificar algunas de éstas. Como por ejemplo:

“Sigo cuestionando los “deberías” para crear más consciencia.” (Participante #11, 35 años)

“La mayoría de las veces actuamos tratando de complacer las ideas o necesidades de los demás (nuestros padres, hijos, pareja, etc.) y dejamos de lado lo que soñamos desde siempre. Es difícil quitarse esta idea de complacer pero hay días en que es lo único que te hace falta, complacerte a ti mismo, complacer tus deseos, caminar, respirar y ser feliz.” (Participante #2, 29 años)

3- El cuerpo

Algo fundamental de entender las prácticas de autocuidado como prácticas corporales, es que le dan un peso y sentido al cuerpo como un espacio de inscripción, en este sentido toman mucho más significado. Dentro de los resultados del proyecto de intervención, se dio la posibilidad de generar reflexiones en torno a esto, generando nuevos posicionamientos como:

“Mi cuerpo es territorio de revolución.” (Participante #5, 26 años)

El resultado de poner a debate la fragmentación del cuerpo según el modelo biomédico, permitió en gran medida en las participantes hacer un ejercicio de hacer las paces con ellas mismas. Con ello, las participantes pudieron colocarse en un nuevo punto para abordar nuevas prácticas de autocuidado.

“Es darme cuenta de lo que mi cuerpo, mente, emociones y sentimientos necesitan para estar bien, al darme cuenta es necesario que yo tenga consciencia de lo que está pasando y hacer los cambios pertinentes para mi salud integral.” (Participante #10, 33 años)

3.3.3.3 Puertas abiertas.

Sin duda, las sesiones de trabajo fueron provechosas en varios sentidos, pensando sobre todo en la labor deconstructiva sobre los paradigmas alrededor del autocuidado. También, una parte fundamental fue la de remarcar la idea, dentro de nuestro concepto de autocuidado, de poder partir de la aceptación de la propia vulnerabilidad y la oportunidad de generar opciones que brinden una posibilidad más cercana a la dinámica de las participantes y que éstas no representen nuevas imposiciones, sino como precisamente, puertas que dentro de la individualidad de cada una, les permitan acercarse a otros caminos por medio de la autorreflexión y la toma de consciencia en pro de su bienestar. A la par de las prácticas que se buscaron modificar, es decir, aquellas que estaban más ligadas a un modelo biomédico,

también se generaron otras, que si bien no son ajenas o nuevas, no se llevaban a cabo por las mismas premisas estereotipadas al hablar de autocuidado, entre estas, destacan las siguientes:

3.3.3.3.1 Expresión, identificación, definición y reconocimiento de emociones.

Las participantes tuvieron la oportunidad de tener un espacio donde pudieron externar su sentir y sobre todo ser escuchadas. Al trabajar sobre este aspecto, se generó un ambiente que propició un reconocimiento de sentires más óptimos y empáticos, ya que escucharse entre ellas generó lazos comunicativos fuera de la mera comunicación laboral. Por otro lado, escucharse entre ellas ayudó a identificar emociones en común, alrededor de las presiones laborales y de vida, por medio de no sentirse solas y estar en un proceso que si bien se movió en lo particular, se proyectaba en comunidad. Esto se vio reflejado en frases como:

“Tómame un café con tus sentimientos, entiende su naturaleza y cuál sería su mejor canal para que fluya y no se estanque. Ayúdame a seguir su camino y él te ayudará a encontrar el mejor camino.” (Participantes #13, 31 años)

“Estamos educados para callar nuestros sentimientos o a confundirlos por lo que la sociedad nos marca (si alguien te ama, por ejemplo, debes corresponderle) así que cuando aprendes a identificarlos y deja de importarte el qué dirán y logras ponerlos en palabras, pues obviamente logras un bienestar enorme.” (Participante #2, 29 años)

3.3.3.3.2 Autorreflexión, autoconocimiento y toma de conciencia.

Generar prácticas de autocuidado bajo las premisas que se trabajaron (autorreflexión, autoconocimiento y toma de conciencia), permite que éstas no sean un nuevo esquema de prácticas a seguir, como un nuevo *check list*, sino que produjo el poder tener la opción de

siempre ponerlas sobre la mesa, reflexionar en torno a ellas, sus realidades, trasfondos y elegir qué prácticas son más importantes para ellas, en base a ese autoconocimiento y a una postura mucho más consciente.

“Conocerme a profundidad, llevar a la reflexión el cómo y con qué cuidado de mi cuerpo, de mi mente, de mi andar por el mundo. Para el autocuidado no es solo implementar acciones de bienestar, si no ir más allá y cuestionar si aquello que consideramos bienestar realmente nos va, de acuerdo a nuestra historia, rutina, deseos y prioridades.” (Participante #13, 31 años)

3.3.3.3.3 Inclusión de nuevas prácticas corporales.

Si bien, se estuvo trabajando con un proceso autorreflexivo y toma de consciencia, a la par, las participantes comenzaron a incluir nuevas prácticas corporales, las cuales podían llevar a cabo como prácticas de autocuidado en su día a día laboral, para ayudar a aminorar algunos malestares físicos, propios del trabajo. Entre estos: ejercicios de respiración profunda, ejercicios de distensión muscular, meditaciones breves y ejercicios de estiramiento muscular.

3.3.3.4 Cambiando paradigmas alrededor del autocuidado.

Sin duda, el proceso de trabajo que se generó a lo largo del proyecto de intervención condujo la mirada y la percepción de las prácticas de autocuidado hacia varias direcciones, todas interesantes e igual de importantes. En este sentido podemos hablar del esbozo de un primer paso hacia un cambio significativo para las participantes, el cual no termina con la intervención. Este primer avance, resultado de la intervención, generó cambios alrededor de sus relaciones:

3.3.3.4.1 *Con ellas mismas.*

Este apenas es el inicio, la reconfiguración y continuación de un proceso que es de por vida. Partiendo de las premisas que se dieron a lo largo de las sesiones, lo más rescatable como resultado del proyecto de intervención fueron los reposicionamientos que tuvieron las participantes. Dejar una breve pista sobre cómo poder aproximarse a un trabajo autorreflexivo y de autoconocimiento que les permita llegar a un nivel más profundo de consciencia, el replantearse e introducir nuevos significados alrededor del autocuidado y las prácticas que giran en torno a éste, fue un paso muy importante para todas las participantes, ya que permitió cambiar su relación con ellas mismas, bajar el aspecto de rigidez por no poder seguir el check list que les han vendido sobre el autocuidado, tener un mayor autoconocimiento sobre sus emociones, pensamientos, inquietudes y temores, abrazarlos y permitirse trabajar con ellos, salir de la dicotomía separatista mente / cuerpo y verse como una unidad donde confluyen varias cosas, sin necesidad de sentirse extrañas por permitirse estar y ser para ellas.

“Poder verme como soy y reconocirme en lo que me gusta y en lo que no, poder reconciliarme con lo que me duele y comenzar a reconstruir.” (Participante #5, 26 años)

3.3.3.4.2 *Con su trabajo.*

Dentro de las dificultades que se presentaron, institucionalmente hablando, las sesiones fueron para las participantes un parteaguas en relación con su labor profesional. Replantear la frase “estar bien con una, para estar bien con los demás” tomó otro significado, uno que no estaba bajo la premisa de la complacencia o del ser funcional para el cuidado del otro únicamente, sino por aquel en el que se invita a seguir generando espacios donde se puedan

ejercer prácticas de autocuidado, en un sentido donde estar bien con una, refleja un trabajo, una confrontación y una toma de consciencia, dejando atrás la imposición del “estar bien” por mandato y presión social.

“Hasta el acto de sanar tiene su ideal, como si fuera una meta y no un trabajo.”
(Participante #6, 30 años)

Por otro lado, desde el inicio de la intervención se entendió que como primer paso de este proyecto, no se iba a cambiar el panorama de un sistema que lleva años y que sigue ejerciendo presión sobre cómo deben operar sus trabajadoras. Sin embargo, se generaron las posibilidades de incluir en su labor prácticas de autocuidado, que no solo ayudan a aligerar las tensiones institucionales que surgen, sino a mirarlas desde otro ángulo, analizarlas y trabajarlas a manera de que no devengan en más malestar.

3.3.3.4.3 Frente a la violencia.

A la par del punto anterior, reconocerse y trabajar en torno a la violencia, permitió hacer una re-evaluación en torno a sus relaciones afectivas, no solo de pareja, también familiares, amigos y conocidos, y además, no solo tener un campo más extendido en relación a ellas, sino también para con las mujeres con quienes trabajan todos los días, en tanto que les permitió abordar con mucha más empatía la premisa de que todas las mujeres pasan por diferentes procesos. Esto pudo observarse reflejado en frases como:

“Alejarte de situaciones desagradables, también es parte del cuidado hacia mí.”
(Participante #5, 26 años)

“Para sanar y poder estar bien, primero tienes que enfrentar todo aquello que te hizo herirte en un primer momento.” (Participante # 12, 19 años)

3.3.3.4.4 Frente al autocuidado.

Los replanteamientos y creación de sus propios conceptos de autocuidado, fue un trabajo que trajo mucha satisfacción, en el sentido de que es ahí donde principalmente podemos ver todos los avances antes mencionados. Partiendo siempre de la premisa de que este concepto puede crecer, modificarse o cambiar por completo, las participantes dan cuenta de una movilización de su pensamiento alrededor del autocuidado, de uno centrado en el trabajo con ellas mismas y ya no tan dirigido al cuidado del cuerpo bajo los estándares del mercado o de sectores determinados que fungen a otros intereses diferentes al del objetivo del proyecto de intervención.

En su mayoría, los conceptos de autocuidado de las participantes, estaban dirigidos a la toma de conciencia, al trabajo autorreflexivo, al cuestionamiento de lo establecido socialmente y a la atención y trabajo con sus emociones.

“...el autocuidado no es cosa de hacer solo unos pequeños cambios, sino también te exige tirar paradigmas, de creencias que solo te sabotean más.” (Participante #13, 31 años)

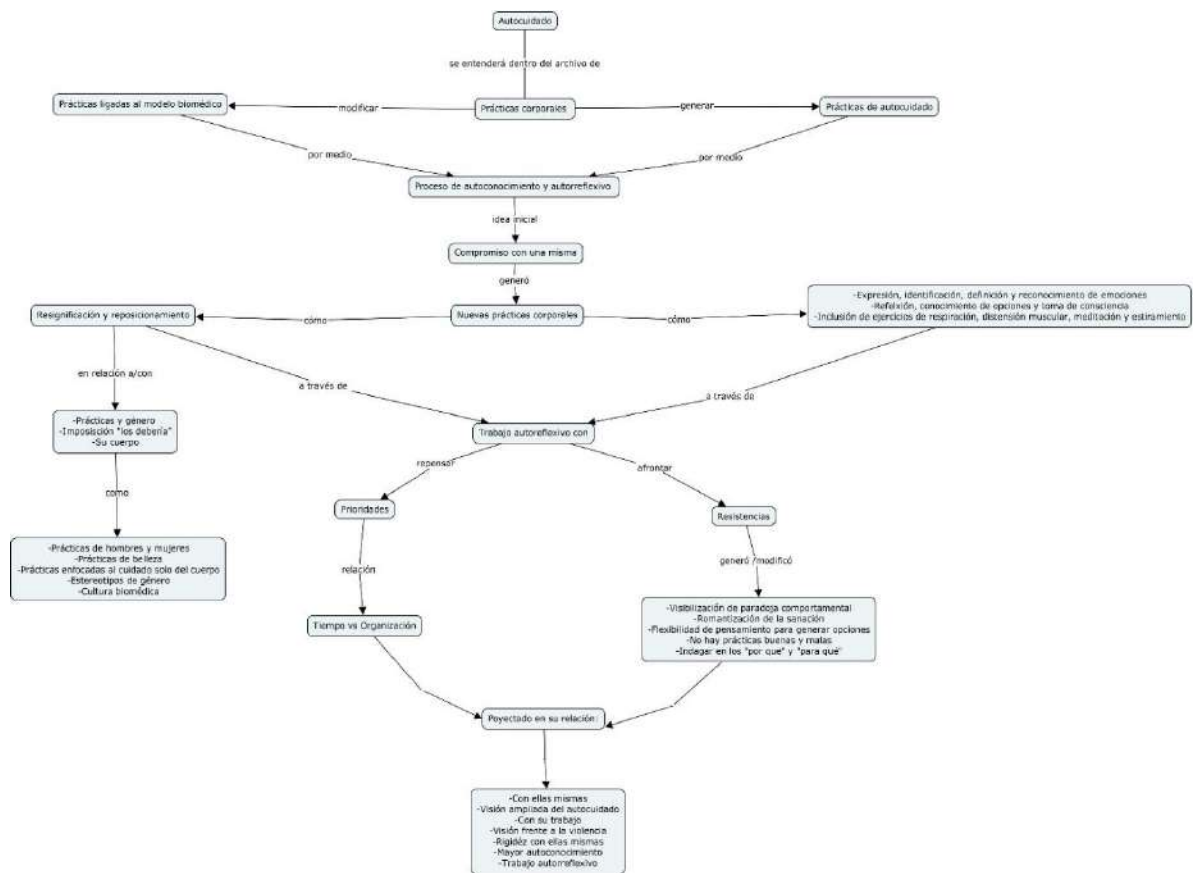


Figura 6. Esquema Completo de Resultados de Intervención. Fuente: Elaboración propia.

Capítulo 4. Prácticas de Autocuidado, las Dificultades de su Rescate en la Actualidad Neoliberal

La intervención por sí misma ha dado resultados que hablan de algunos cambios generados en diversas esferas de las participantes; desde sus percepciones y actuar alrededor de las prácticas de autocuidado, los discursos dominantes y de género que hacen predominar ciertas prácticas corporales, así como su relevancia para su labor dentro de la institución.

Pero también, como parte resultante del análisis de la intervención, resaltan los puntos que nos permiten cuestionarnos sobre ¿por qué es complejo sostener un trabajo dirigido a una cultura del autocuidado y que éste sea llevado a cabo no solo en lo personal, sino en todas las esferas de lo cotidiano? Lo cual vale la pena dialogar a continuación.

En pro de acercarnos a dar respuesta a la pregunta anterior, servirá revisar algunos conceptos que se irán desarrollando a lo largo de la discusión y nos ayudarán a comprender esta serie de fenómenos que remiten a la problemática sobre la ausencia de prácticas de autocuidado en las participantes y sobre las resistencias que se vieron a lo largo de la intervención, que en mayor o menor medida, hablan del proceso y avance de cada una de ellas.

Para poder abordar las situaciones que resultaron del proyecto de intervención, y en confluencia con lo que se ha venido planteando desde el marco teórico, es importante hablar desde dos líneas de diálogo que tienen profunda relación y conexión una con la otra: la primera, parte de la percepción y representaciones de las participantes alrededor de las prácticas de autocuidado y las resistencias resultantes del trabajo autorreflexivo, con sus ideas y conceptos dominantes, que se presentaron a lo largo de la intervención. Por otro lado, el contexto histórico, cultural y social que ayuda a la permanencia de dichas resistencias.

Como se ha venido desarrollando, a lo largo de la historia de las culturas, se dieron cambios en relación a las conceptualizaciones sobre las prácticas de autocuidado; desde Foucault (2002) con el “cuidado de sí”, concepto que tenía que ver con los fundamentos de la *epimeleia heautou* “inquietud de sí” y *gnothi seauton* “conocimiento de sí” para entender las relaciones entre sujeto y verdad; hasta una mirada de dichas prácticas dominadas por un discurso biomédico, que en función de su modelo separatista de las funciones del cuerpo, estableció prioridad sobre prácticas que procuraban el cuidado del cuerpo con una mirada más biologicista.

Las prácticas de cuidado de sí le otorgaron una gran autonomía en el proceso de liberación del sujeto, posteriormente bloqueadas y desvirtualizadas por las instituciones religiosas, pedagógicas y médicas. La modernidad se sustentó en una sola forma de conocimiento: la razón, una sola fe -la judeo cristiana-; una ley -la del Estado-, aspectos que llevaron más tarde a la regularización, la normalización, la disciplinización de las conductas humanas. (García, 2016, p.291)

Con esto en mente, podemos recordar que uno de los objetivos y resultados esperados de la intervención era generar un trabajo autorreflexivo en pro de cuestionar y ampliar el panorama sobre las prácticas de autocuidado de las participantes, así como movilizar la parte de control y sometimiento que estos órdenes discursivos tienen sobre los cuerpos, sin embargo, sabemos que no es un proceso lineal y en nuestro contexto actual hay varios factores que dificultan e imposibilitan en gran medida una apropiación a un trabajo que incluya prácticas de autocuidado que estén más dirigidas al constante trabajo autorreflexivo y al autoconocimiento.

Recordemos que la premisa que se ha venido planteando desde la intervención, no es generar una mirada polarizada sobre prácticas “buenas” o “malas”, sino poder generar un umbral de crítica frente a las prácticas corporales ligadas al biopoder y que están al servicio de un sistema neoliberal, que tiene por último objetivo, si es que acaso lo tiene, propiciar una cultura de autocuidado; donde los sujetos sean actores de ellos mismos sobre ellos mismos y no bajo la premisa de ciertos intereses institucionales de sometimiento, regulación y control.

Por ello, es importante hablar sobre el proceso de cómo cierto tipo de representaciones alrededor del autocuidado llegan a posicionarse como absolutas y válidas para tal función. En este sentido el posicionamiento que tiene la medicina y la clínica a lo largo del tiempo como la instancia dueña de la verdad para tal fin es fundamental, ya que es este discurso de verdad el que reproduce nuevas formas en que los seres humanos se rigen y gobiernan.

Foucault (1977) en “Historia de la sexualidad, tomo 1”, describe dos momentos del papel de la medicina en las sociedades disciplinarias para el control y regulación de las poblaciones: una centrada en el cuerpo enfermo, en el transcurso del siglo XIX, el cual en el siguiente siglo se transformó en una que administraba el mantenimiento y optimización del cuerpo sano. Sin embargo, en el siglo XXI con el neoliberalismo, se produjeron fuertes cambios en las racionalidades y tecnologías de gobierno que redefinieron el quehacer de la medicina al constituirse las cuestiones de la salud, la enfermedad y la vida humana en un área para la explotación económica, a través de la tecnologización y capitalización. Es aquí donde “el biopoder aparece dividido en anátomo y biopolítica, las cuales tienen como mecanismo central la normalización y la medicalización de los comportamientos” (Saídel, 2018, p.20) y por supuesto, establece qué tipo de prácticas corporales serán apropiadas para dichos fines.

En su conferencia “Historia de la medicalización”, Foucault (1977) ya daba cuenta sobre este tipo de mecanismos capitalistas para el control de los cuerpos, para cuyos propósitos era indispensable no solo manejar un tipo de discurso ideológico, sino que estos fueran inscritos, ejercidos y normalizados en los cuerpos de forma colectiva. Así es como afirmaba que:

...el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica. (Foucault, 1977, p.5)

En el transcurso de la intervención, al poner estas prácticas discursivas sobre la mesa, el traerlas a un espacio de diálogo y reflexión durante las sesiones de trabajo en la intervención y tratar de hacerlas visibles sobre el propio cuerpo de una manera más consciente; se podría esperar que todo marchara sobre un propósito más cercano a rescatar prácticas corporales de autocuidado sustentadas en la formación de nuevas subjetividades y prácticas ligadas a los

contextos de cada participante, lo cual por supuesto, se logró en una parte al ver los conceptos de autocuidado que generaron al final de la intervención. Sin embargo, permanece la interrogante sobre la dificultad de pasar de las resistencias a involucrarse de lleno a sus nuevas conceptualizaciones. Pareciera ser que caer en cuenta sobre el sistema biopolítico y cómo establece un guion respecto al modo en que los sujetos deben actuar para su autocuidado, no es suficiente para vencer las resistencias propias que condicionan su bienestar. Esto se veía reflejado en un primer instante por la participación y la asistencia.

Cada bloque temático con el cual se trabajó requería de no solo hacer una breve reflexión, ya fuera en relación a las prácticas que se realizaban o al sistema que en mayoría condicionaba éstas, sino que implicaba posicionarse a ellas mismas frente a la coyuntura de poder encontrar otro camino en relación al autocuidado (implicando un compromiso y reposicionamiento personal, lo cual no es fácil o siempre agradable), o seguir con la dinámica que tenían (aunque ésta estuviera más ligada a principios de disciplinar los cuerpos y no a un trabajo de autocuidado más profundo). Esto era la sacudida que se buscaba generar.

Conforme se avanzó en los contenidos de los cinco bloques a trabajar, al mismo tiempo que la dinámica laboral aumentó, la inasistencia fue más notoria. Aun cuando estaba el factor institucional y su exigencia a cumplir con las entregas, era la decisión “libre” de las participantes de dar prioridad al trabajo sobre ellas lo que nos habla de cuán condicionada está la conducta y el valor que dan a su bienestar, porque mientras no estén aún en el límite que les exige atenderse medicamente o a los síntomas ya desbordados en sus cuerpos, quiere decir que aún pueden dejarse de lado y ocuparse primero del trabajo. Esto es una práctica que fue normalizada y encarnada en la dinámica de las participantes, aquí el biopoder actúa en función de mantener a esos cuerpos para que sigan siendo operantes, productivos, y para ello las prácticas por excelencia, las más sencillas (y no por eso a veces realizadas), son la alimentación, el ejercicio y el descanso; las cuales estaban en el discurso inicial de las participantes.

En su texto “Las palabras y las cosas”, Foucault (1966) da luz acerca de esta dificultad, al mencionar que:

Los códigos fundamentales de una cultura -los que rigen su lenguaje, sus esquemas perceptivos, sus cambios, sus técnicas, sus valores, la jerarquía de sus prácticas- fijan de antemano para cada hombre sus órdenes empíricos con los cuales tendrá algo que ver y dentro de los que se reconocerá. (Foucault, 1966, p. 13)

Foucault es claro al establecer una secuencia histórica sobre sucesos que hoy en día pueden establecer como norma cierto tipo de prácticas discursivas. Recapitulando, en la historia del cuidado de sí y de las diversas prácticas de autocuidado, éstas quedaron integradas al cristianismo por medio del poder pastoral, que generó una modificación donde se relegaba el principio de la ocupación de sí mismo y se resaltaba el conocimiento de sí mismo, el cual tenía que ver con una renuncia a sí mismo, es decir, se comenzó a centralizar al sujeto dando importancia al conocimiento, esto por medio de ciertas prácticas rituales como lo fue la confesión, por medio del cual el sujeto accedía a una verdad sobre sí mismo por medio de otra figura que le decía como acceder a su propia salvación; dichas prácticas se convirtieron en un modelo de control, que más tarde el Estado recicló y adecuó a otras instancias como las escuelas, los centros de salud, las prisiones y la vida familiar (García, 2016). Lo cual sigue hasta nuestros días, al mismo tiempo que la biopolítica en tanto control sobre la vida, tiene que ver con ciertas disciplinas y prácticas directas sobre los cuerpos para precisamente su disciplinamiento y control.

Precisamente, este disciplinamiento y control fue lo que encontramos en el discurso inicial de las participantes, quienes llevaban a cabo una rutina específica y marcada en cuanto a sus prácticas de autocuidado (*e.g.*, alimentación, descanso, ejercicio). Pero al mismo tiempo, estas prácticas se articulaban con mandatos de género dirigidos a la belleza. Así, el descanso, el ejercicio y la alimentación tenían como fin mantener la línea y figura del cuerpo socialmente deseable, sumando a su rutina otro tipo de prácticas como la depilación o el maquillaje, para mantener no sólo el cuerpo ideal, sino la imagen de la trabajadora bella,

funcional y que sabe lidiar con las presiones del trabajo, quien sabe llevar un equilibrio en el aspecto laboral como en el personal. Muy al unísono con los comerciales que venden suplementos alimenticios para poder tener energía y “cumplir” adecuadamente con los “deberes” cotidianos que nos esperan, o aquellos que te sugieren diferentes tipos de jugos para “rendir” y “mantener la línea” al mismo tiempo. Solo llevando a cabo esta rutina es como ellas podían establecer y decir que llevaban a cabo prácticas de autocuidado, porque este discurso biopolítico y capitalista viene predominando en las subjetividades relacionadas al autocuidado.

Así, en esta intervención se da cuenta que si bien hoy en día el cristianismo sigue presente, es el capitalismo quien funge principalmente como nuevo poder pastoral, donde se promueven y venden discursos, así como prácticas corporales en nombre de propiciar mejores condiciones de vida (de sostenerla y de acceder a ella), de formas muy precisas de alcanzar la felicidad (como un nuevo estado de salvación) y ser un sujeto completamente eficiente y funcional en todo marco de la vida, desde lo personal hasta lo profesional y laboral.

Es Richard Sennet (2000) quien nos da un panorama más claro sobre cómo opera actualmente el capitalismo como marco biopolítico en pro de los intereses del mercado para el disciplinamiento de los cuerpos, traspasa a todas las esferas sociales y no únicamente de trabajo, y deja en segundo plano las consecuencias subjetivas que pueden presentarse en quienes están inmersas en estas dinámicas. En su texto “La corrosión del carácter”, introduce el concepto de capitalismo flexible, donde pone foco de atención a la cualidad de flexibilidad para hablar de una serie de dinámicas⁵ que se producen dentro del nuevo capitalismo y que van a repercutir principalmente en el carácter, sobre todo, de quienes están en un contexto

⁵ Sennet utiliza el término -flexibilidad- para hablar sobre cómo se suaviza la opresión que ejerce el capitalismo, no porque ésta haya desaparecido. Pone como ejemplo estas dinámicas que ya no tienen que ver con las garantías a largo plazo que obtenían los trabajadores (acceso a una jubilación o asensos laborales después de cierto tiempo), ahora estas dinámicas se mueven bajo el lema “nada a largo plazo” (contratos no fijos o por determinado tiempo, disposición ante cualquier tipo de cambio: horarios cambiantes u horas extras y actitud positiva frente a ello).

laboral. Al hablar de carácter refiere “el valor ético que atribuimos a nuestros deseos y a nuestras relaciones con los demás” (Sennet, 2000, p.10).

Continúa explicando cómo la vigencia de los sistemas políticos democráticos depende de la integración del trabajador a la vida política por vías institucionales. Por ello, los grandes grupos de trabajadores flexibles, precarizados y sin una trayectoria laboral estable constituyen un conjunto de identidades fragmentadas que se comienzan a reproducir fuera de los ámbitos institucionales, donde los tiempos se han asimilado entre el trabajo y el consumo. Ahora el trabajo se resuelve en el corto plazo, las relaciones son superficiales y funcionales a las exigencias del cambio repentino, aquí queda claro que “las cualidades del buen trabajo no son las cualidades del buen carácter” (Sennet, 2000, p.20).

El trabajador pierde el control del tiempo, ya no lo puede regular. Ni lo que realiza, ni él mismo como fuerza de trabajo, es un valor a largo plazo. La ética que plantea deseos a futuro y que permite a través de su regularidad entablar relaciones sociales duraderas es devorada y sustituida por las nuevas formas de trabajo. Es así como el carácter se corroe, porque el trabajo ya no puede formar parte de la construcción de una historia personal. El trabajo, la producción moderna y la vida social, han constreñido la subjetividad de las personas, donde quienes trabajan bajo las nuevas formas flexibles de producción están extraviados en medio de la sociedad; no saben definir claramente su tarea dentro de la empresa, y ciertamente, difícilmente en su vida fuera de. Esta tarea no ayuda en nada a encontrar una vida con valores de peso en otros ámbitos de la sociedad, porque la incertidumbre fuera y dentro de la empresa se apodera de las personas (Sennet, 2000).

Esto se ve ejemplificado en cómo era el discurso y comportamiento inicial del grupo, quienes expresaban cómo era la dinámica de la institución y de relación con los y las colegas, donde no siempre era un ambiente amable o unido, sino al contrario, un ambiente de incertidumbre constante. El hecho de no tener un contrato estable o de planta, sabiendo que puede que solo trabajen un periodo de tiempo, afecta al tipo de relaciones que establecen entre ellas, donde no crean lazos de apoyo, de escucha o de contención entre ellas (unas se van, otras pueden que se queden, pero es iniciar constantemente, una y otra vez, el proceso de introducir a una nueva colega de trabajo, conocerla, establecer confianza y una red de trabajo

sana, lo cual requiere tiempo, y eso es precisamente lo que no pueden permitirse las participantes). Esto mismo aplica en la falta de contención emocional, ya que el psicólogo encargado, al ser contratado por una temporada, no permite que haya un seguimiento terapéutico adecuado respecto a los malestares que puedan presentarse en las participantes que se ven interpeladas en su trabajo atendiendo temas de violencia. No es de sorprender que este tipo de dinámica flexible se traslade al cómo ejercen prácticas de autocuidado para ellas.

Como se comentó en el apartado de los resultados, hubo un trabajo interesante en relación a los factores de tiempo y organización, es aquí donde podemos hacer una relación con lo propuesto por Sennet. El hecho de que las participantes se sintieran abrumadas al momento de llevar cabo las actividades de “calendario de autocuidado” y “lista de prioridades”, habla sobre esta pérdida de control sobre su tiempo, pero pérdida sobre un tiempo para ellas, porque está supeditado al tiempo del trabajo institucional, al tiempo que dedican a otras actividades: otros trabajos, al trabajo en el hogar, al trabajo del cuidado de las y los hijos, al trabajo y esfuerzo de estudiar; y el tiempo que pudiera quedar para ellas es donde se inscriben actividades de consumo. Así, en general, las prácticas de autocuidado están más bien abandonadas porque no las representan valores éticos elementales o prioritarios.

Ciertamente el panorama que nos muestra Sennet es abrumador y podemos ligarlo a la complejidad que representa retomar cierto tipo de valores ligados a prácticas de autocuidado que requieran un grado de compromiso con uno mismo, lo es, tomando en cuenta que ese tipo de valores y prácticas no concuerdan con los valores y prácticas del actual sistema, que las hace ver como obsoletas, sin función y sin credibilidad. Sin embargo, esto es justo lo que se trabajó en el espacio de intervención. El concepto de autocuidado que se desarrolló en dicha intervención estuvo ligado a la creación de posibilidades/opciones en medida del contexto de vida de cada persona, para que este no se convierta a sí mismo en un valor obsoleto de acuerdo a lo que se piensa que “debería” ser.

Este es uno de los puntos más ricos, producto de la intervención, porque permitió hacer un reposicionamiento alrededor de estas pautas de “flexibilidad” como expone Sennet; y darles un nuevo significado: crear un pensamiento más flexible a favor de cuestionar los “debería”, de no solo poner bajo lupa las dinámicas de sometimiento y restricción en prácticas

de autocuidado, sino entablar un lazo de comunicación con ellas mismas para crear dentro de sus posibilidades otro tipo de abordaje para sus relaciones, con ellas, entre ellas, dentro y fuera de lo laboral, y que no se vean coartadas o limitadas por los discursos flexibles institucionales y capitalistas.

Esto también refleja por qué actualmente no es suficiente saberse dentro del sistema que dicta qué prácticas de autocuidado deben seguirse o cuáles son legítimas, la toma de consciencia que hemos venido planteando refleja al mismo tiempo una toma de acción que refiere al hacerse cargo, ocuparse de uno mismo. Esto explica el choque constante entre la premisa de espacio de intervención, “no basta darse cuenta sino hacerse cargo”, y la constante paradoja comportamental de las participantes, donde saben que el autocuidado es importante, es algo que saben de manera sobrada, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no está dentro de sus actividades prioritarias, sabiendo que detrás hay un sistema que legitima un tipo de autocuidado que privilegia sobre todo prácticas de consumo, de superficialidad o que refuerzan estereotipos de género.

Por otro lado, pero siguiendo la misma línea de discusión, vale la pena poner en contraste una serie de conceptos que nos permiten tener más claridad alrededor de las resistencias y las paradojas comportamentales que se presentaron en las participantes durante la intervención, para visualizar con mayor claridad cómo se presentaron los cambios durante y al final de la intervención.

Lipovetsky (2016) nos introduce en su concepto de la “Ligereza” para hablarnos de un fenómeno, que en sus palabras, nutre el mundo material y cultural, invade nuestras prácticas cotidianas y remodela nuestro imaginario, como un valor e ideal que se mueve en múltiples ejes, donde todos los campos de actividad humana están marcados por esta tendencia.

Según Lipovetsky (2016), la ligereza tuvo su origen en la modernidad, cuando se presentaba como una opción global de progreso general para los pueblos, y esa idea fue la que movió e impulsó tanto a la política, como a la ciencia y la técnica. Pero también instauró prácticas específicas de la ligereza.

Si bien el mundo ha cambiado mucho en pocas generaciones. En la vida personal es donde el sujeto puede encontrar y observar mayores cambios. Antes, las relaciones familiares, de pareja y sociales, estaban marcadas por una fuerte moral, rigurosa y pesada, llena de tabúes y prohibiciones, compromisos y obligaciones ineludibles que sofocaban al individuo y le coartaban su libertad e independencia. Sin embargo, en la actualidad existe una negación de todo compromiso y atadura, por lo que la libertad del sujeto se convierte en el bien supremo al que debe someterse cualquier forma de sujeción y de compromiso que deja de tener ninguna validez.

En este sentido, Lipovetsky (2016) afirma:

Hay que pensar la ligereza como una estructura antropológica de lo imaginario, al mismo tiempo que como una aspiración humana que siempre ha encontrado manera de materializarse en la vida social. (Lipovetsky, 2016, p.16)

De todos los arquetipos que trabaja Lipovetsky, me interesa rescatar el que está ligado a la ligereza del cuerpo y el culto al mayor bienestar, el cual refleja de buena manera el posicionamiento de algunas participantes y su elección en cierto tipo de prácticas “en nombre del autocuidado”.

Durante la intervención, algo que se encontró muy presente y con lo cual se trabajó, fue sobre la romantización de la sanación, donde la idea predominante de las participantes era que las prácticas de autocuidado están en su mayoría dirigidas por una línea positiva, donde el objetivo es alcanzar un estado de felicidad y plenitud, como una condición intrínseca de cualquier práctica de autocuidado, que evita en la mayoría de lo posible cualquier tipo de experiencia desagradable, lo cual se puede entender desde la teoría de Lipovetsky (2016), quien explica cómo actualmente nos encontramos en una época donde lo ligero viene a representar la felicidad del cuerpo, el cual está liberado del dolor físico cotidiano, del sufrimiento y tristeza, donde para alcanzar este estado surgen las figuras del *homo medicus*

y del *homo aestheticus*, el primero con una tendencia a ocuparse más de sí mismo y de una mejor manera, pero pagando un precio por ese tiempo de más salud con mayor ansiedad y una creciente patologización de él mismo; y el segundo, haciendo referencia al sentido etimológico sensación- percepción, refiere a la coronación de la estetización de los gustos, del consumo y de los estilos de vida asociados al individualismo actual.

He aquí de nuevo la paradoja comportamental, “el autocuidado es importante, siempre y cuando no represente demasiado compromiso o malestar, sino todo lo contrario”. Es aquí donde se da por obvio como se trabaja el autocuidado. Cabe aclarar que esto no quiere decir que el autocuidado y las prácticas corporales llevadas para tal fin, tengan que ser dolorosas o que produzcan malestar por regla, sino que estamos hablando de un proceso de vida, una forma de acción que trabaja sobre cómo estamos en relación con nosotros y con los demás, con las partes más profundas sobre nuestra historia y nuestro entorno, y es esto lo que muchas veces no es agradable, porque implica una confrontación constante.

Es así, en vista de alcanzar estos ideales de lo ligero, que se medicalizan las formas de vivir y el consumo cotidiano, “con vistas a cuidar su salud, los ciudadanos corrigen y reorientan su comportamiento cotidiano y su modo de vida.” (Lipovetsky, 2016, p.81). Y aún más importante, se sigue dando prioridad solo a ciertas prácticas que evitan la pesadez de la confrontación con uno mismo: es más sencillo consumir alimentos light e ir al gym para mantener la figura deseable (la figura ligera), a cuestionar como supeditamos nuestro tiempo para encajar en un sistema que tampoco garantiza esa ligereza, ya que la “civilización de lo ligero significa todo menos vivir ligeramente” (Lipovetsky, 2016, p.14).

Esto trae consigo una doble vertiente: una de ella, liberadora, pues la libertad individual, la comodidad, la falta de ataduras, se consideran un bien supremo a conseguir y defender. La otra, es que el individuo libre necesita tener o establecer una serie de compromisos que, a su vez, le coartan su libertad, lo que provoca una tensión entre ambas aspiraciones y de ahí deviene la angustia, la frustración y las repercusiones anímicas ante esta dicotomía. “Esta búsqueda de ligereza es cualquier cosa menos inmaterial, ya que echa mano de los recursos del cuerpo sensible que se moviliza para lograr el equilibrio interior” (Lipovetsky, 2016,

p.83) y esto se ve a la perfección en las prácticas de autocuidado que las participantes en un inicio relacionaban y comentaban llevar a cabo, prácticas más dirigidas a un cuidado del cuerpo para conseguir un equilibrado estilo de vida, donde están más priorizadas aquellas con características ligeras y que resaltan la cuestión estética, por sobre aquellas que sugieren una vía no siempre agradable, de confrontación y pesadez de pensamiento.

Otra práctica encarnada que se visibilizó con la intervención, va con la idea social sobre rechazar la parte de ser vulnerable. Al menos en el ámbito laboral, es algo que se asocia con debilidad o no ser apto para ciertos puestos. Esto explica también las resistencias a la participación dentro de las sesiones. Exponerse y abrirse a otras personas es colocarse en una posición donde otros pueden pensar que alguien no es apto para el trabajar en una institución donde se abordan temas de violencia de género. Sin embargo, también tiene que ver con aceptarnos y abrazar el reconocimiento sobre que “no siempre se puede todo”.

La forma en que la intervención ayudó a movilizar estos discursos y prácticas corporales, fue en la medida que las participantes pudieron aceptar la parte sobre la vulnerabilidad de ellas y de las demás personas, no como un aspecto negativo o de debilidad, sino como una forma de reconocer que como seres humanos pueden abrazar todo el arco de emociones y sentimientos, aun los que socialmente están catalogados como negativos o que dan pesadez al cuerpo. Dentro de las reflexiones de las participantes, fue la parte de reconocer que en ocasiones el dolor es parte del proceso de reconocerse y reconciliarse con ellas mismas, por lo que no es una parte que deban omitir; y más aún, es una parte que requiere un compromiso constante y consciente. Esto en consecuencia ayudó a ampliar la visión sobre los discursos relacionados a sus prioridades en cuanto a prácticas de autocuidado, para así replanteárselas, omitir, cambiar o agregar algunas.

Estos imperativos culturales y sociales, se pueden traducir como los famosos “debería”, que al no poder ser llevados a cabo en totalidad, o cuando chocan con el tiempo que se necesita para realizarlos y las realidades de cada una de las participantes (quienes tienen 2 o más trabajos, quienes son madres de familia o quienes estudian), se vuelve caótico y un factor que dispara la frustración y el estrés. Sin olvidar que también las circunstancias de

“flexibilidad” que les exige su trabajo (que paradójicamente también les exige un mayor involucramiento con temas relacionados a la violencia) limitan la inserción de prácticas para acercarse al bienestar.

Frente a este tipo resistencia y paradoja comportamental, y abonando a lo ya expuesto por Sennet (2000) y Lipovetsky (2016), hay una condición que se suma para hacer prevalecer lo antes mencionado. Byun-Chul Han (2012) presenta al hombre de la modernidad tardía como el Prometeo cansado, un ser agotado que es constantemente devorado por su propio ego, es víctima y verdugo a la vez, y su libertad es una condena de auto explotación. Esto se articula con los resultados de la intervención al recordar los discursos que han manejado las participantes: “El autocuidado es importante, pero...” no más importante que el trabajo, no más importante que los pendientes de la escuela, del hogar, de los hijos, que la situación económica, “Si me esfuerzo puedo lograrlo”.

Según Han (2012), cada época tiene sus propias enfermedades, en el pasado se debían a las bacterias o virus, pero en el siglo XXI, las enfermedades son neuronales: depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno límite de la personalidad o el síndrome de desgaste ocupacional. El motivo de estas enfermedades se debe al exceso de positividad, es decir, la libertad de poder hacer lo que uno quiera. Desarrolla la idea de la violencia de la positividad, que se traduce en violencia neuronal, una violencia que satura, que es exhaustiva y como consecuencia de ella, en la modernidad tardía, el hombre padece un sobrecalentamiento del yo. Recordemos nada más la situación de malestar y sintomatología que presentaron las participantes a inicios de la intervención en los resultados de los cuestionarios.

Esto sumado a cuando refirieron sentirse sobrecargadas en las tareas que debían desarrollar dentro de su trabajo, tareas asociadas a sus perfiles profesionales, al perfil requerido para estar en el puesto que desempeñaban, perfil social de una mujer competente en una sociedad machista que desacredita el trabajo femenino institucional. También se observa en los testimonios de las participantes, cuando al intentar llevar a cabo varias actividades al mismo tiempo (no solo del trabajo, sumando aquellas que “deben” llevar a

cabo para “estar bien”, aquellas para ser buenas madres, ser buenas esposas, buenas estudiantes, buenas colegas de trabajo, buenas mujeres), viene siendo el tiempo lo que más falta para ellas y el fracaso de no poder llevar toda la impronta de “deberías” se transforma en una situación asfixiante y estresante.

Este agotamiento que sufre el sujeto de la modernidad tardía, se presenta como un agotamiento del alma, el cual es tan fuerte que no queda fuerza para la vida comunitaria, es un cansancio a solas, que es más violento y peligroso (Han, 2012). ¿No suena esto familiar a los discursos de la falta tiempo por cuestiones del trabajo?, en aras de una constante idea de estar superándose para conseguir una satisfacción, más libertad o un bienestar, hay una situación de auto explotación disfrazada de “primero estoy yo” traducido a “mi trabajo es primero” convirtiéndonos en esclavos por voluntad propia.

Interesa mucho cuando Han (2012) habla sobre la sociedad de rendimiento, que no es otra cosa más que la sociedad en la que viven los individuos que están saturados de sí mismos, que pueden trabajar jornadas exhaustivas para cumplir con las autoexigencias que se imponen a sí mismos porque tienen la posibilidad de buscar su realización o vivir para consumir. Es la sociedad en la que el momento de las autorreflexiones escasean, así como también espacios destinados a ello. El trabajo resultante con estos discursos, fue resultado de establecer nuevas premisas, dos de las que se desarrollaron en la intervención fueron cuestionar el ¿Por qué? Y ¿Para qué? de cada uno de estos discursos del “todo lo puedo”, donde por resultado surgieron nuevos posicionamientos como “no todo nos ocupa” o “no nos ocupamos de aquello que no podemos, y está bien”. Poder realizar una autorreflexión en relación a los límites no solo corporales (como capacidad) sino también a los límites psicológicos a los que cuales se someten en vista de ser un súper humano, es poder acercarse a un autoconocimiento más consciente para emplear mecanismos menos agresivos para ellas.

Lo anterior podemos ponerlo en contraste con lo que plantea Foucault sobre las sociedades disciplinarias. Para Han (2012) estas ya no son posibles porque se ha eliminado la negatividad que estas representaban. El sujeto antes se encontraba oprimido por fuerzas externas que limitan su vida a la explotación en el trabajo. La sociedad del siglo XXI es una sociedad de

rendimiento, que se caracteriza porque el lema “Yes, we can”, “Just do it”, y queda claro que la crítica al exceso de positividad se refiere a toda la energía y desgaste que emplea el sujeto de rendimiento a “hacer” lo que quiere y hasta dejarse la salud en ello (he aquí la paradoja comportamental). El sujeto va ejerciendo su autonomía y se convierte en víctima y victimario porque se explota a sí mismo, no tiene sobre él un poder que lo presione, está dentro de él, y para el autor no hay presión más dura que la autoexigencia. “No poder-poder más conduce a un destructivo reproche de sí mismo y a la autoagresión” (Han, 2012, p. 30).

Es evidente que los sujetos se encuentran, cada vez más, atrapados en una sociedad caótica en la que todo ha cambiado tanto que ya ningún referente moral es válido, ningún principio es valedero, ninguna institución privada o pública es respetable como lo era antes la familia, la religión, el estado, la justicia, así como incluso las prácticas que han sido establecidas para procurar un bienestar en las personas, son las mismas que sostienen esas dinámicas de angustia y frustración.

Ante esto, es que la intervención, al hacerse en un espacio que tiene todas las características que pueden detonar este estado caótico, muestra las bondades de poner sobre la mesa nuevas formas de pensarnos en el autocuidado. Las prácticas de autocuidado con una base en el trabajo autorreflexivo, de autoconocimiento y la toma de consciencia, si bien pueden ser chocantes ante los principios actuales de nuestra sociedad, que no obedecen a una inmediatez banal, como un paliativo ante nuestra propia existencia y sus dificultades, pueden ser una estrategia para ir deconstruyendo y reapropiarse en este mundo, que es cada vez más informatizado y virtual, de aquello sobre quien recaen estos mandatos, nuestro cuerpo.

Capítulo 5. Conclusiones: las Prácticas de Autocuidado y sus Sendas Generadoras de Cambio.

“Nos construimos como sujetos a partir de nuestras acciones”, pero nuestras acciones y prácticas están en gran medida determinadas por un sistema que somete, regula y controla,

esto puede explicar por qué es tan complejo llegar al punto de adquirir consciencia sobre cuestionarnos en el por qué y para qué de nuestras acciones, sobre todo en relación a las prácticas de autocuidado que elegimos realizar en función de nuestro bienestar, donde también se vea proyectado en nuestras relaciones sociales con los otros.

A estas alturas parece que aún nos enfrentamos a una gran barrera para poder acercarnos a integrar prácticas de autocuidado. Si bien hemos podido visibilizar que hay una delgada línea que intenta separar nuestra propuesta con prácticas corporales que están más dirigidas al ámbito del sometimiento del cuerpo a ordenes biomédicos y de mercado, no es imposible hacerle frente y encontrar luz dentro de un panorama que no es prometedor. Sin embargo, un proyecto de intervención como el que aquí se implementó ha hecho un aporte para contravenir esa tendencia por lo menos en cuatro ejes.

- 1) A nivel micro en la vida de las personas participantes. Los objetivos propuestos para el proyecto de intervención fueron alcanzados satisfactoriamente, desde propiciar un espacio que permitiera a las participantes un acercamiento al trabajo con prácticas de autocuidado con una base en el trabajo autorreflexivo, hasta poner en diálogo los discursos dominantes de biopoder y género, que juegan como obstáculos para realizar dichas prácticas. Si bien se reconoce que los resultados estuvieron condicionados en gran medida por los factores externos al trabajo propuesto, es decir, a la cuestión de la participación y asistencia de las participantes condicionada por la dinámica laboral, así como a la brevedad del tiempo para cada una de las sesiones, queda claro también que las personas participantes alcanzaron reflexiones que confrontaron sus creencias y activaron nuevas prácticas de cuidado, bajo una crítica al sistema que las oprime.
- 2) En relación a las prácticas de autocuidado, este trabajo hace un aporte empírico que evidencia cómo en un mundo que constantemente nos bombardea con información sobre cómo alcanzar el estado de máxima plenitud y felicidad, es importante retornar a las prácticas más ancestrales, a aquellas que parecen obsoletas y chocantes con la sociedad que se mueve a una velocidad terroríficamente mortal. A veces poder retomar la premisa de detenerse, respirar y analizar la situación que nos acontece, es la cuerda de donde podemos sujetarnos para no caer al abismo de nuestros tiempos.

Esto es por lo que apuesta la cultura del autocuidado, a ser un referente no solo dentro de las prácticas corporales, sino que estas sean una manera de dar un peso y valor más significativo a nuestro cuerpo y con ello a nuestro andar en el mundo, a la forma de relacionarnos con nosotros y con los demás, como una forma de vida.

- 3) En relación a lo institucional. Los resultados de la intervención pueden ser un referente para las instituciones y para próximas intervenciones que planeen abordar prácticas de autocuidado. Para su abordaje y su ejecución dentro de las instituciones. Hoy más que nunca, retomar prácticas de autocuidado dentro de las instituciones es hacer un replanteamiento ético sobre lo que representan los trabajadores y trabajadoras, su labor institucional y su contribución para generar una mejor sociedad. Es indispensable que estos espacios donde el personal pueda ejercer prácticas de autocuidado sean institucionalizados, ya que las instituciones tienen un compromiso con quienes trabajan dentro de estas, sin su personal no pueden operar y lo mismo va en función de la calidad de atención que se pretende dar, si el personal no tiene un seguimiento adecuado en cuanto a sintomatología o malestar, o que puedan contar con estos espacios fijos para un adecuado seguimiento terapéutico, entonces se seguirán reproduciendo estas dinámicas paliativas que a largo plazo resultan en las problemáticas que hemos planteado desde el diagnóstico.
- 4) En relación al género. La lucha de la mujer por entrar al campo laboral ha tenido muchos beneficios para lograr una sociedad más equitativa, sin embargo, pareciera que con ello se generaron y aumentaron otros mandatos de género. Es visible que nadie está exento de reproducir algunos de estos mandatos, sin embargo, lo que se rescata con la intervención, es que las prácticas de autocuidado pueden ayudar en gran medida a vislumbrar los discursos que representan un obstáculo para nuestro desarrollo personal y social, así como cuestionar los estereotipos que nos limitan y colocan en prácticas que nos esclavizan.

Por último, cabe decir que aún hay mucho por trabajar en relación a las prácticas corporales de autocuidado, sus representaciones y cómo se mueven hoy en día en el ámbito digital en el cual estamos inmersos.

La romantización de la sanación, la paradoja comportamental, así como las prácticas que tienden a una eliminación o evitación del dolor y a un extremo positivismo, hablan de tendencias que son muy presentes en nuestros días y se posicionan dentro de las preferidas a ser llevadas a cabo, casi como imperativo y deber de vida. La era digital ha contribuido en gran medida a la expansión de saberes alrededor del autocuidado, así que como una línea futura de investigación, valdría la pena profundizar sobre cómo la cuestión de la imagen, sobre todo las imágenes publicitarias en las diferentes plataformas digitales, atienden a la permanencia de prácticas que establecen prácticas de cuidado del cuerpo y que benefician no solo al mercado, si no a la estandarización de comportamientos, donde ahora se busca establecer un imaginario generalizado por medio de la recolección de datos, su análisis y el establecimiento y pronóstico de conductas a partir de esto; algo que Byung-Chul Han ha llamado psicopolítica y que valdría la pena revisar en futuras investigaciones.

El espacio que se generó durante toda la intervención es muestra clara, con todo y los factores contra corriente, que se puede acceder a otros posicionamientos mucho menos forzados, más reflexionados y más conscientes, para no solo acceder a un tipo de verdad sobre uno mismo, sino también para tener la posibilidad de generar opciones para actuar sobre esta.

Como lo ha mostrado este trabajo, una cultura del autocuidado es posible en medida que se parta del cuestionamiento sobre los mandatos culturales y sociales, sobre un acercamiento a sus orígenes y sobre un reconocimiento de la vulnerabilidad de uno ante ciertos discursos que recaen en los cuerpos.

Podemos concluir que el trabajo y la integración de prácticas de autocuidado en el cotidiano de las personas, más allá de solo dentro los campos institucionales, abre la puerta para trabajar sobre una cultura de autocuidado. Una que se constituye como ethos, como una elección voluntaria de actuar sobre nuestras vidas, de una manera consciente,

autorreflexionada y que no se queda en una premisa individualista, todo lo contrario, apuesta por reforzar los lazos sociales, como un sello de pertenencia y como un estilo de vida. Todo esto como una forma voluntaria de posicionarse en el mundo, de pensarlo, sentirlo y conducir su andar en él, una forma de reposicionarse y hacer resistencia frente los mandatos neoliberales y los propios.

Referencias

- Arón, A.M. & Llanos, M.T. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 1, 5-15.
- Cazabat, E.H. (2002). Un breve recorrido por la traumática historia del estudio del trauma psicológico. *Revista de Psicotrauma*, 1(1), 38-45.
- Centro de Justicia para las Mujeres (2012). *Protocolo para la atención de usuarias y víctimas en los Centros de Justicia para las Mujeres en México*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/164222/02ProtocoloAtencionCJM.pdf>
- Claramunt, M. (1999). *Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia familiar*. Organización Panamericana de la Salud. Serie Género y Salud Pública. Costa Rica: OPS.
- CONAVIM (2016, poner fecha de publicación -mes y día-). *Informes de Actividades de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*. Recuperado de <https://www.gob.mx/conavim/documentos/informe-de-actividades-de-la-comision-nacional-para-prevenir-y-erradicar-la-violencia-contra-las-mujeres>
- CONAVIM (2016). *Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual en las dependencias y entidades de la administración pública federal*. Recuperado de <https://www.gob.mx/conavim/documentos/protocolo-para-la-prevencion-atencion-y-sancion-del-hostigamiento-sexual-y-acoso-sexual-79471>
- Cruz, C.C. (s.f.). Variables relacionadas al trabajo de la mujer.
- De Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. En *Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud*.
- Foucault, M. (1966). *Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias humanas*. México DF, México: Siglo XXI Editores.

- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 1(1), 3-25.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad. V. I La voluntad de saber*. México DF, México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2000). La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. *Revista de Filosofía*, x (15), 257-280.
- Foucault, M. (2002). *La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France (1981-1982)*. México DF, México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2016). *El origen de la hermenéutica de sí. Conferencias de Dartmouth, 1980*. México DF, México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2017). El sujeto y el poder. En Dreyfus, H. L. & Rabinow, P., *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (pp.353-380). Buenos Aires: Monte Bello Ediciones.
- García, R. (2016). Autoinvención del sujeto. En List, M. & Giménez, F., *Tratado breve de concupiscencias y prodigios* (pp.275-297). Ciudad de México, México: La Cifra Editorial.
- Gratacós, M. (s.f.). *El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner*. Recuperado de <https://www.lifeder.com/modelo-ecologico-bronfenbrenner/>
- Guerra, V.C., Fuenzalida, A.V. & Hernández, M.C. (2009). Efectos de una intervención cognitivo conductual en el aumento de conductas de autocuidado y disminución del estrés traumático secundario en psicólogos clínicos. *Terapia Psicológica*, 27(1), 73-81.
- Han, B. (2012). *La sociedad de cansancio*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México DF, México: Mc Graw Hill Editores.
- Huacuz, M. (2010), La violencia contra las mujeres. Un problema complejo en el ámbito educativo. *Decisio*, 2010, 3-12.

- INEGI (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH]*. Recuperado de www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf
- INMUJERES (2012). *Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social [ELCOS] con base en INEGI*. Recuperado de <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas.php?menu1=6&IDTema=6&pag=3>
- INMUJERES (2017). *Código de conducta del INMUJERES*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/integridad-publica-54152>
- INMUJERES (2017). *Procedimiento y protocolo para la atención de quejas y denuncias que se presenten ante el comité de ética y de prevención de conflictos de interés del instituto nacional de las mujeres*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/integridad-publica-54152>
- Instituto Queretano de las Mujeres (s.f.). *Historia*. Recuperado de <http://institutoqueretanodelasmujeres.gob.mx/index.php/conocenos/historia>
- Izquierdo, M.J. (2004). El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿Quién cuida a quién? Organización social y género. *Debate Feminista*, 30, 129-153.
- La sombra de Arteaga (2016). *Decreto de Presupuesto de Egresos del Estado de Querétaro 2017*. Recuperado de <http://www.enlacemunicipaldequeretaro.gob.mx/Portals/0/Paquete%20Fiscal/2017/Estatal/Decreto%20de%20Presupuesto%20de%20Egresos%20del%20Estado%20de%20Quer%20C3%A9taro%202017.pdf>
- Lagarde, M. (1994). La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo. En M. González (Ed.), *Metodología para los Estudios de Género*, (pp. 48-71).
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. *La Tarea, Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE*, 8, 1-8.
- Lipovetsky, G. (2016). *De la ligereza*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.

- Meda, R., Moreno, B., Rodríguez, A., Arias, E. & Palomera, A. (2011). Validación mexicana de la Escala de Estrés Traumático Secundario. *Psicología y Salud*, 21(1), 5-15.
- Meza-de Luna, M.E. (2010). *Estereotipos de violencia en el conflicto de pareja. Construcciones y prácticas en una comunidad mexicana*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ministerio de Desarrollo Social (s.f.). *Guía para la reflexividad y el autocuidado. Dirigido a profesionales y educadores de equipos psicosociales de los programas del Sistema de Protección Social Chile Solidario*. Recuperado de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/5427682154ba8c2683ac7e.pdf>
- Morales, F.G., Pérez, E.J.C. & Menares, N.M.A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y de riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología*, 12(1), 9-25.
- Moreno, J.B., Morante, B.M.E., Losada, N.M.M., Rodríguez, C.R. & Garrosa, M.E. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22(1), 69-76.
- Muñiz, E. (2010). Las prácticas corporales. De la instrumentalidad a la complejidad. En Muñiz, E. et al. *Disciplinas y prácticas corporales. Una mirada a las sociedades contemporáneas* (pp.17-59). Barcelona, España: Anthropos editorial.
- Ojeda, T. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(1), 21-27.
- Ordorika, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología*, 71(4), 647-674.
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). *¿Cómo define la OMS la salud?*. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

- Pearlman, L.A. & McKay, L. (2008). *Estrés traumático secundario*. Recuperado de https://headington-institute.org/files/vicarious-trauma-handout-in-latin-american-spanish_86567.pdf
- Rico, N. (1996). Violencia de género: un problema de derechos humanos. *Serie Mujer y Desarrollo*, 16, 5-41.
- Sáidel, M. (2018). Biopolítica y gubernamentalidad: dos conceptos para problematizar el poder e interpretar el neoliberalismo. *Revista Eopolítica, Sao Paulo*, 1, 17-37.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-52.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2017). *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017*. GOB.mx. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2017.pdf
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2017). *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017*. GOB.mx. Recuperado de <http://www.pef.hacienda.gob.mx/>
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter: Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (1ª ed.). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Tizón, J. (1989). Componentes psicológicos de la práctica médica. *Revista Catalana de Psicoanálisis*. 1(2), 235-252.
- Turvey, B. & Coronado, A. (2016). *Protocolos de investigación criminal. Escena del crimen, investigación, reconstrucción, entrevista. Vol. 1*. Cd. Juárez, Chihuahua, México: Forensic Press.

Uribe, T.M. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2), 109-118.

Anexos

Anexo A. Formato de Consentimiento Informado

Título del estudio: **Prácticas corporales de autocuidado. El ethos necesario para personas que atienden a mujeres en situación de violencia.**

Grupo de investigación:

Investigadora responsable: Elena Catalina Gutiérrez Franco

Correo electrónico: kat_1389@hotmail.com

El trabajo de investigación **Prácticas corporales de autocuidado. El ethos necesario para personas que atienden a mujeres en situación de violencia**, parte del interés de fortalecer las prácticas de cuidado que realizan los y las trabajadoras dentro de las instituciones que trabajan sobre todo con víctimas de violencia. Por prácticas de cuidado, me refiero a todas aquellas actividades que realizamos en nuestro cotidiano que procuran nuestro bienestar e integridad física, emocional y psíquica. He investigado los beneficios que conlleva realizar este tipo de prácticas dentro de las instituciones, como un medio para mejorar la calidad de vida de los y las trabajadoras y, en consecuencia, aumentar las fortalezas de la misma institución.

Para el logro de este objetivo es importante escuchar tu opinión sobre las prácticas de cuidado que llevas a cabo en tu cotidiano y dentro de tu trabajo en el IQM; por lo que se te pide tu colaboración y participación en una entrevista de profundidad para ahondar en el tema de interés.

Tu participación es libre y voluntaria, puedes terminarla en cualquier momento, cuando así lo decidas.

Si aceptas participar, es importante que sepas que con fines académicos se grabarían las entrevistas, sin embargo, tu participación tendrá el carácter de anonimato y no se utilizará tu nombre en ninguno de los informes.

Este trabajo solo puede realizarse con tu consentimiento, por lo que, si lo estimas conveniente, te solicito firmar el formato que está al reverso.

Si tienes alguna duda puedes hacérmela saber en este momento. Para las dudas que surjan posteriormente puedes mandarme un correo electrónico a la dirección que aparece arriba.

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La que suscribe _____ manifiesta que me han informado sobre la investigación **Prácticas corporales de autocuidado. El ethos necesario para personas que atienden a mujeres en situación de violencia.** He realizado todas las preguntas que tengo en este momento. Acepto tomar parte de esta investigación. Para fines académicos permito que 1) la investigadora grave las sesiones de trabajo en audio, y 2) siempre y cuando mi nombre sea omitido, permito que se use el material generado para fines: académicos y de desarrollo científico.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA PARTICIPANTE

Anexo B. Estructura Guía Para Entrevista a Profundidad

1.- SALUD

¿Qué se entiende por salud?

¿Qué tipo de prácticas conducen a una persona saludable?

Evaluación personal: sobre si se considera una persona sana

2.- PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

*Entendiendo el concepto

- ¿Qué se entiende por autocuidado?
 - a. como posible definición
 - b. ¿Qué tan importante crees que es?

*Práctica

- Rutina diaria (desde que se levanta hasta que se va a dormir)
- Dentro de la rutina, ¿Qué prácticas de autocuidado consideras llevas a cabo?
- ¿Qué facilita que puedas realizar esas prácticas?
- ¿Qué dificulta que puedas realizar esas prácticas?

*Género

- Dentro de las prácticas de cuidado:
 - a. ¿Cuáles consideras que son propias de un hombre? Ó ¿Cómo se cuida un hombre?
 - b. ¿Cuáles consideras que son propias de una mujer? Ó ¿Cómo se cuida una mujer?
 - c. ¿Cuáles consideras que deberían ser prácticas de autocuidado para hombres?
 - d. ¿Cuáles consideras que deberían ser prácticas de autocuidado para mujeres?
 - e. ¿Cuáles serían las diferencias entre unas y otras

*Trabajo

- Dentro de tu labor diaria aquí en la institución, te has sentido en algún momento:

	En qué momento/situación	Frecuencia
Muy fatigado		
Insuficiente o no capaz		
Con miedo		
Agobiado		
Aislado		
No a gusto consigo mismo		
Dificultad para tomar decisiones		
Frustrado		
Enojado		
Ganas de tirar la toalla		

- Práctica
 - a. ¿Qué sueles hacer cuando te sientes así? (haciendo referencia a la tabla de arriba)

- Redes de apoyo
 - a. ¿A dónde o con quien acudes para platicar sobre cómo te sientes? (amigos, familiares, compañeros de trabajo, psicólogo, etc.)
 - b. ¿Cómo es que te ayudan estas personas? (a expresar sentimientos, menguar el malestar, sentirse escuchado y valorado, etc.)

3.- LABORAL

- Se que hay algunos temas, con los cuales trabajan directamente, y que suelen llegar a ser complicados para algunas personas, como las situaciones de violencia contra las mujeres; en tu experiencia:
 - a. ¿Cómo ha sido trabajar con este tipo de temáticas?
 - b. ¿Cómo te sientes al trabajar con este tipo de temas?
 - c. ¿Qué casos han sido los más difíciles de abordar para ti?
 - d. ¿Qué le recomendarías a alguien que esté trabajando o que vaya a trabajar con temáticas de violencia, para que pueda sentirse bien al realizar su trabajo?
 - e. ¿Cuáles consideras que son las principales problemáticas en esta institución para poder tener una buena práctica de autocuidado?

- Ambiente de trabajo
 - a. Percepción individual:
 - ¿Cómo es el ambiente de trabajo dentro de la institución?
 - b. Percepción grupal:
 - ¿Existe la posibilidad de trabajar en equipo?
 - ¿Para ti es mejor trabajar en grupo o en individual? ¿Por qué?

- ¿Cómo es la dinámica grupal?
- ¿Qué consideras facilita el trabajo grupal? (aquí, ver si se aborda el punto de la comunicación, si no, preguntar)
- ¿Qué consideras que dificulta el trabajo grupal? (aquí el mismo punto sobre la comunicación)

4.- CAPACITACION

¿Suelen llevar algún tipo de capacitación para hacer frente a temas de violencia?

¿Qué tan efectivos te resultan para tu labor diaria? (son suficientes, eficientes o lo contrario, etc.)

Para ir cerrando un poco, me gustaría saber tu opinión a futuro sobre algunos puntos:

¿Qué recomendaciones sugerirías que se hicieran en el IQM para fortalecer prácticas de autocuidado?

¿Cómo consideras que las prácticas de cuidado podrían tener un espacio dentro de la institución?

¿Cómo piensas que podrían influir positivamente?

¿Cómo piensas que podrían influir negativamente?

Anexo C. Tabla de Estrategias, Etapas y Actividades del Diagnóstico

El diagnóstico fue realizado en un periodo de tiempo que comprendió desde el 13 de octubre del 2017, donde se realizó el primer acercamiento a la institución, hasta el 5 de abril del 2018, fecha en que se realizó la última entrevista.

Estrategias	Etapas	Actividades
<p>Cuestionamientos iniciales</p> <p>1er acercamiento</p> <p>Elección de objetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planteamiento del problema inicial. • Estructuración del marco teórico y formulación de objetivos. • Acercamiento a la institución seleccionada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición del problema inicial. • Indagar sobre los trabajos en relación a la problemática planteada y definir los objetivos del diagnóstico. • 1er acercamiento y presentación en la institución donde se desea llevar a cabo el diagnóstico. • Contacto y presentación con quienes son las facilitadoras dentro de la institución.
<p>Presentación frente a la población objetivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación con actoras involucradas (servidoras públicas del IQM, que trabajan en módulos de atención). • Presentación de plan de trabajo e invitación a participar para la realización del diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto y presentación de facilitadoras con actoras involucradas. • Presentación del protocolo de investigación e invitación a participar para la realización del diagnóstico. • Firma de hoja de consentimiento informado.
<p>Elección de instrumentos a utilizar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de instrumentos y técnicas para la recolección de datos. (observación no participante y entrevista) 	<ul style="list-style-type: none"> • Agendar fechas para las entrevistas con las actoras involucradas. • Diseño de instrumentos para la observación no

para la recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Estructuración de entrevista a profundidad semiestructurada. 	participante y las entrevistas a profundidad semiestructuradas.
Recolección de datos Trabajo de campo	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a juntas del IQM para observación no participativa. • Aplicación de instrumento de entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de entrevistas a profundidad semiestructuradas a las actoras involucradas. • Recopilar información.
Sistematización, interpretación y análisis de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Sistematización, análisis de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Transcripción de entrevistas. • Organizar la información cualitativa y cuantitativa de acuerdo a los indicadores definidos. • Redactar la interpretación y análisis de la información. • Construcción del árbol de problemas y definición del problema central. • Diseño de proyecto de intervención de acuerdo a la información recabada, evaluar viabilidad. • Presentación del proyecto de intervención.

En el siguiente cronograma se puede apreciar con mayor claridad la distribución de actividades que se realizaron en este periodo de tiempo:

Estrategias	Etapas	Actividades	O	N	D	E	F	M	A	M	J
<p>Cuestionamientos iniciales 1er acercamiento Elección de objetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planteamiento del problema inicial. • Estructuración del marco teórico y formulación de objetivos. • Acercamiento a la institución seleccionada . 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición del problema inicial. • Indagar sobre los trabajos en relación a la problemática planteada y definir los objetivos del diagnóstico . • 1er acercamiento y presentación en la institución donde se desea llevar a cabo el diagnóstico . • Contacto y presentación con quienes son las facilitadoras dentro de la institución. 									

<p>Presentación frente a la población objetivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación con actoras involucradas (servidoras públicas del IQM, que trabajan en módulos de atención). • Presentación de plan de trabajo e invitación a participar para la realización del diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto y presentación de facilitadoras con actoras involucradas. • Presentación del protocolo de investigación e invitación a participar para la realización para el diagnóstico • Firma de hoja de consentimiento informado. 									
<p>Elección de instrumentos a utilizar para la recolección de datos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de instrumentos y técnicas para la recolección de datos. (observación no participante y entrevista) • Estructuración de entrevista a profundidad semiestructurada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agendar fechas para las entrevistas con las actoras involucradas. • Diseño de instrumentos para la observación no participante y las entrevistas a profundidad 									

		semiestructuradas.								
Recolección de datos Trabajo de campo	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia a juntas del IQM para observación no participativa Aplicación de instrumento de entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de entrevistas a profundidad semiestructuradas a las actoras involucradas. Recopilar información. 								
Sistematización, interpretación y análisis de datos	<ul style="list-style-type: none"> Sistematización, análisis de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> Transcripción de entrevistas. Organizar la información cualitativa y cuantitativa de acuerdo a los indicadores definidos. Redactar la interpretación y análisis de la información. Construcción del árbol de problemas y definición del problema central. 								

Anexo D. Tabla Extensa Sobre Sintomatología de Traumatización Vicaria⁶

Nombre	Muy fatigada	Sentimientos de ser insuficiente o no capaz	Miedo	No a gusto consigo misma	Aislada	Agobiada	Con dificultades para tomar decisiones	Frustrada	Enojada	Con ganas de tirar la toalla	OTRA
(Berenice)	sí (por la demanda de atención)	a veces	sí (de ver lo que puedes llegar a vivir fuera)	no	no	no	no	a veces	a veces (del trabajo con las usuarias, que regresan al círculo de violencia)	no	tristeza (al ver el panorama de violencia)
(Celeste)	no	no	no	no	no	no	en el trabajo anterior, frente al ambiente laboral	sí, por situaciones laborales, políticas e institucionales	sí, por situaciones laborales, políticas e institucionales	sí, por situaciones laborales, políticas	
(Leslie)	no	no	no	no	no	no	no	sí, por situaciones laborales, políticas e institucionales	sí, por situaciones laborales, políticas e institucionales	sí, por situaciones laborales, políticas	
(Luci)	sí, a finales de año con entregas de trabajo	a veces, pero busca apoyo cuando hay dudas	sí, en situaciones nuevas	no	no, sí en otras instituciones	no	no	a veces	sí (del trabajo con las usuarias, que regresan al círculo de violencia)	no	
(Margarita)	sí	no	sí, e incertidumbre	no	no, en su anterior trabajo sí	no	sí	no	no	no	se siente muy sensible, con ganas de llorar, dificultad para dormir
(Perla)	sí, por cuestiones laborales	sí	no	sí, en los momentos donde se daba cuenta de sus micromachismo	no	sí	sí	sí, por situaciones laborales	no	sí	
(Alicia)	sí, por la cuestión de viajar	sí, por la carga laboral	sí, en situaciones nuevas	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	
(Angy)	sí, a finales de año	sí, al inicio, al no entender porque las mujeres regresaban al círculo de violencia)	sí	no	no	no	no	no	sí (del trabajo con las usuarias, que regresan al círculo de violencia)	a veces	satisfacción y felicidad
(Azul)	no	no	sí	no	no	sí	no	no	sí, por situaciones laborales, políticas e institucionales	no	
(Bernie)	sí, presión laboral	sí, por la carga laboral	sí, e incertidumbre	sí	sí	sí	sí	sí, por situaciones laborales	no	sí	
(Beli)	sí, a finales de año con entregas de trabajo	sí, cuando los casos me superan	sí	a veces	no	no	no	sí (del trabajo con las usuarias, que regresan al círculo de violencia)	sí, por situaciones laborales, políticas e institucionales	sí, por carga laboral	
(Ghis)	sí, a fin de mes en entrega de informes	sí, por la carga laboral	sí	no	sí	no	sí	no	sí, por situaciones laborales, políticas e institucionales	sí	se siente muy sensible, a veces llanto
(Flor)	sí	sí	sí, hacia el bienestar de las usuarias	no	sí	a veces	no	sí (del trabajo con las usuarias, que regresan al círculo de violencia)	sí (del trabajo con las usuarias, que regresan al círculo de violencia)	no	tristeza (al ver el panorama de violencia)
(Clara)	no	no	sí, en situaciones nuevas	no	no	no	no	no	no	no	
(Karla)	a veces	no, pero hay limitaciones institucionales	sí	no	sí	sí	no	sí, por situaciones laborales, políticas e institucionales	sí, por situaciones laborales, políticas e institucionales	no	
(Fer)	no	a veces	no	sí	sí	no	no	sí	sí	sí	
(Marcela)	sí	sí	no	no	no	sí	no	sí, por situaciones laborales, políticas e institucional	sí, por situaciones laborales, políticas e institucionales	sí	

⁶ Para efectos de guardar la confidencialidad de las participantes, se han utilizado seudónimos.

Anexo E. FODA (Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas)

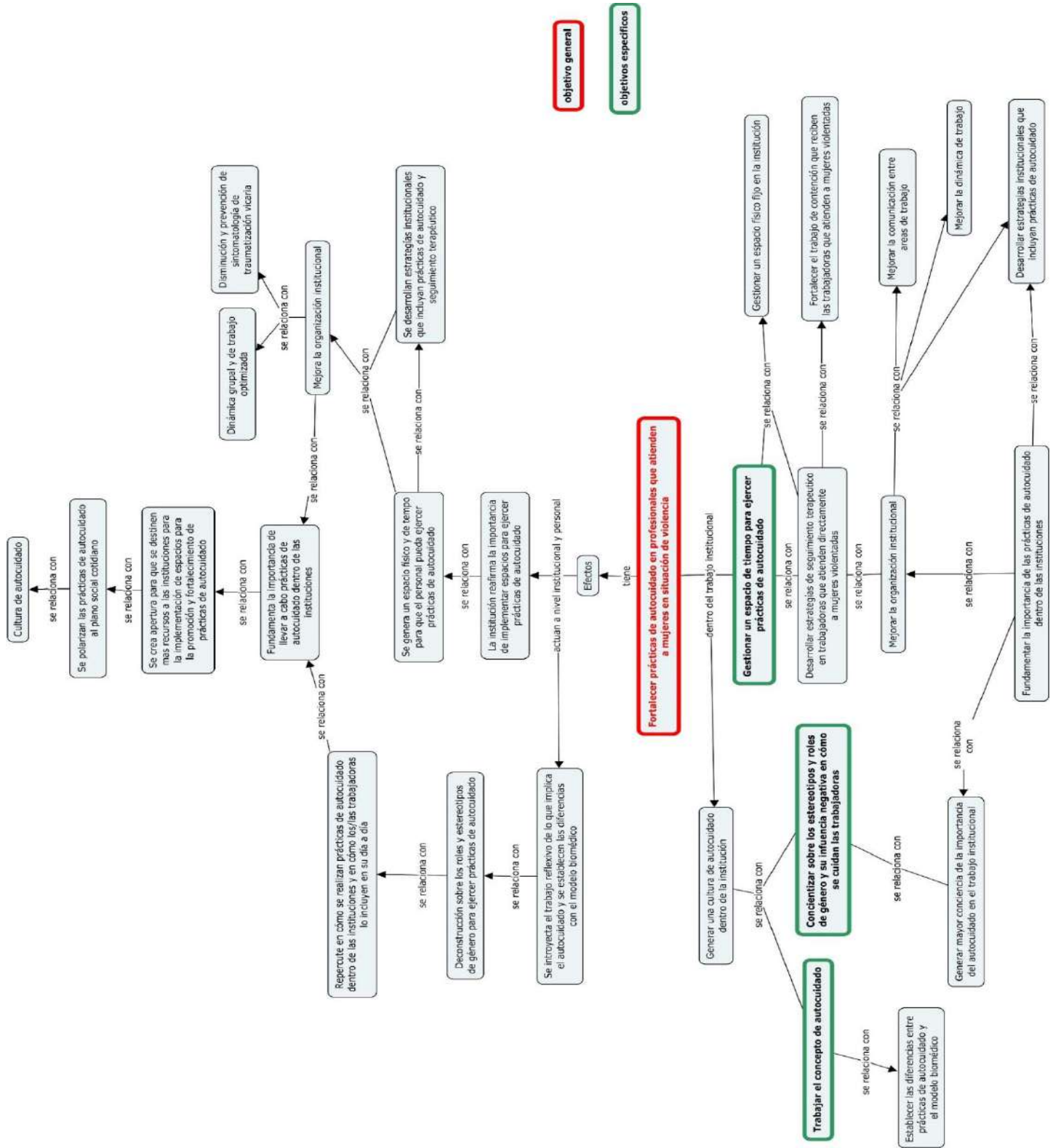
Antes del diseño del proyecto se elaboró un análisis del contexto interno y externo que permitiera un desarrollo estratégico para potenciar la eficacia de la intervención. En este análisis se consideraron las características de la población objetivo, el contexto comunitario, los recursos humanos, técnicos, materiales, tiempo y sociales

Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadoras de una IAMV, que atienden a mujeres en situación de violencia • 6 profesionales: <ul style="list-style-type: none"> -1 pedagoga -3 psicólogas -2 abogadas 	<p>Ventajas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Laboran en una IAMV, no tienen que trasladarse a otro lado para tener las sesiones de trabajo. -La sesión de trabajo es dentro del horario laboral, no afecta su agenda diaria. -Muestran interés en aprender prácticas de autocuidado. <p>Desventajas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -A final de cada mes su carga laboral aumenta, puede que influya en las sesiones de trabajo o haya ausentismo. - Durante las sesiones de trabajo puede que lleguen usuarias que necesiten ser atendidas.
Tiempo	1 sesión de 25 min. diarios, durante 36 días (1 mes y medio aprox.)	

Técnicos	<ul style="list-style-type: none"> -Lista de asistencia -Proyector disponible -Sala de juntas disponible
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> -Autorización de la directora de la IAMV.
Contextuales y sociales	<p>Ventajas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La IAMV está ubicado en la col. Centro, de Qro, es un punto de fácil localización y acceso. -Las trabajadoras no tienen que moverse o trasladarse a otro lado. -Cerca del lugar hay un área de bancas, como posible espacio de trabajo en caso de requerirlo. -Las trabajadoras que son madres, no se verán afectadas en tiempo por si tienen que ir por sus hijos/hijas. -La IAMV se encuentra en un espacio público tranquilo, no hay mucho ruido de autos o gente transitando. <p>Desventajas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Puede que en algún momento la sala de juntas o el proyector no estén disponibles (se tendrán que gestionar con anticipación). -No hay jardines cerca. -Las sesiones son de 25 min. lo que dificulta la oportunidad de moverse a otro espacio.

	<p>-Las sesiones son dentro de horario laboral, por lo que no se podría salir de la IAMV.</p>
Materiales	<ul style="list-style-type: none">-Sala de juntas en la IAMV-Proyector-Bocinas-Laptop-Copias de hojas de trabajo-Papel de colores-Tapetes de yoga/toalla-Incienso-Música/sonidos de lluvia-Aceite para masaje-Plumas / lapices-Libretas

Anexo G. Árbol de Objetivos



Anexo H. Tabla de Descripción de las Etapas de Intervención

BLOQUE	METAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
<p>1er bloque: Junta de presentación, encuadre y aplicación de Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (Moreno, Morante, Rodríguez y Garrosa, 2004) y Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Sandín & Chorot, 2003) (1 día)</p>	<p>A evaluarse al final del primer bloque.</p> <p>-Se espera que por lo menos haya 4 de 6 participantes</p> <p>-El 65% de las participantes expresan sus dudas o sugerencias respecto al plan de trabajo.</p> <p>-El 65% de las participantes expresan sus dudas o sugerencias respecto al encuadre por el que se guiará la intervención.</p> <p>-Se espera que el 100% de las participantes puedan responder el Cuestionario de Estrés Traumático Secundario y CAE para poder obtener una medición cuantitativa sobre sintomatología de traumatización vicaria en las servidoras públicas.</p> <p>-Se espera hacer análisis de la recolección de datos del 100% de los cuestionarios que se realicen en la sesión, para visualizar sintomatología de traumatización vicaria.</p>	<p>Las actividades para este bloque están organizadas en una sola sesión (1 día), donde se realizará lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exposición del plan de trabajo de trabajo general 2. Establecer el encuadre de trabajo que se llevará en cada sesión de trabajo. 3. Aplicación del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario. 	<p>-Plan general de trabajo estructurado y listo para su aplicación</p> <p>-Encuadre de las sesiones de trabajo establecido y bajo consentimiento de las participantes.</p> <p>-Recolección y primer análisis del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario.</p>
<p>2º bloque: Autoevaluación (1 día)</p>	<p>A evaluarse al final del segundo bloque.</p>	<p>Las actividades para este bloque están organizadas en una sola sesión (1 día),</p>	<p>-Recolección y primer análisis del Cuestionario de</p>

	<p>-Se espera que por lo menos haya 4 de 6 participantes</p> <p>-Se espera que el 100% de las participantes puedan responder el cuestionario de autoevaluación para tener un parámetro de inicio sobre como las servidoras públicas en encuentran actualmente en relación al autocuidado.</p> <p>-Se espera hacer análisis de la recolección de datos del 100% de los cuestionarios que se realicen en la sesión, para visualizar los aspectos más relevantes de prácticas de autocuidado que realizan las servidoras públicas.</p>	<p>donde se realizará lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realización del cuestionario de Autoevaluación de Autocuidado. 	<p>autoevaluación de inicio de autocuidado.</p> <p>-Oraciones escritas como aportaciones al decálogo de autocuidado.</p>
<p>3er bloque: Módulo 1 Nuestra historia (6 días)</p>	<p>A evaluarse al final del tercer bloque.</p> <p>-Se espera que por lo menos haya 4 de 6 participantes</p> <p>-El 85% de las participantes consiguen visibilizar aspectos de su historia personal que inciden en las prácticas de autocuidado que realizan.</p> <p>-El 85% de las participantes logra visibilizar estereotipos de género que han encarnado y han sido obstáculo para ejercer prácticas de autocuidado.</p>	<p>Las actividades para este bloque están organizadas en un total de 6 sesiones (6 días) y son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Video “¿Estas demasiado ocupado?” y Cuestionario de autorreflexión sobre historia personal. 2. Plan de seguridad personal. 3. ¿Pedir ayuda es? 4. Video “La felicidad es más corta que la 	<p>-Cuestionarios auto reflexivos.</p> <p>-Oraciones escritas como aportaciones al decálogo de autocuidado.</p> <p>-Recolección y análisis de los datos obtenidos.</p>

	<p>-Se espera que el 100% de las participantes puedan aportar oraciones concretas para su decálogo de autocuidado.</p> <p>-Se espera hacer análisis de la recolección de datos del 100% de los cuestionarios auto reflexivos que realicen las participantes.</p>	<p>tristeza” y Reconociendo mis sentimientos y emociones negativas.</p> <p>5. Pensamientos distorsionados.</p> <p>6. Ejercicio para la reflexión y video “Cuando estas de la mierda”.</p>	
<p>4º bloque: Módulo 2 Cuidando nuestro cuerpo (12 días)</p>	<p>A evaluarse al final del cuarto bloque.</p> <p>-Se espera que por lo menos haya 4 de 6 participantes</p> <p>-El 85% de las participantes consiguen tener un mayor acercamiento sensorial y de percepción con su propio cuerpo.</p> <p>-El 85% de las participantes consigue integrar los ejercicios de una manera efectiva.</p> <p>-El 85% de las participantes logra visibilizar estereotipos de género que han encarnado y han sido obstáculo para ejercer prácticas de autocuidado.</p> <p>-Se espera que el 100% de las participantes puedan aportar oraciones concretas para su decálogo de autocuidado.</p> <p>-Se espera hacer análisis de la recolección de datos del 100% de los cuestionarios</p>	<p>Las actividades para este bloque están organizadas en un total de 6 sesiones (6 días) y son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maniobra 1 y Preguntas iniciales. 2. Maniobra 2, Video “Mascarillas y hombres” y Reflexión sobre el ejercicio. 3. Maniobra 3 y Reflexión sobre la alimentación. 4. Maniobra 4, Video “El cuidado es trabajo” y Reflexión sobre el sueño. 5. Masaje grupal y ¿Cómo me siento hoy? 6. Aprender a relajarse 1. 7. Aprender a relajarse 2. 	<p>-Cuestionarios auto reflexivos.</p> <p>-Oraciones escritas como aportaciones al decálogo de autocuidado.</p> <p>-Recolección y análisis de los datos obtenidos.</p>

	auto reflexivos que realicen las participantes.	8. Aprender a relajarse 3. 9. Aprender a relajarse 4. 10. Ejercicios psicofísicos. 11. Valoración profesional de la condición física. 12. Ejercicio para la reflexión.	
5o bloque: Módulo 3 Poniéndonos en contacto con nuestros sentimientos (4 días)	<p>A evaluarse al final del quinto bloque.</p> <p>-Se espera que por lo menos haya 4 de 6 participantes</p> <p>-El 85% de las participantes consiguen visibilizar y trabajar aspectos de cómo se ponen en contacto con sus sentimientos y como los exteriorizan.</p> <p>-El 85% de las participantes logra visibilizar estereotipos de género que han encarnado y han sido obstáculo para ejercer prácticas de autocuidado.</p> <p>-Se espera que el 100% de las participantes puedan aportar oraciones concretas para su decálogo de autocuidado.</p> <p>-Se espera hacer análisis de la recolección de datos del 100% de los cuestionarios auto reflexivos que realicen las participantes.</p>	<p>Las actividades para este bloque están organizadas en un total de 4 sesiones (4 días) y son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El mito del peligro de sentir y expresar los sentimientos. 2. Los sentimientos y el género. 3. Sentimientos y conductas. 4. Ejercicio para la reflexión. 	<p>Cuestionarios auto reflexivos.</p> <p>-Oraciones escritas como aportaciones al decálogo de autocuidado.</p> <p>-Recolección y análisis de los datos obtenidos.</p>

<p>6º bloque: Módulo 4 Transformando nuestra forma de pensar (10 días)</p>	<p>A evaluarse al final del sexto bloque.</p> <p>-Se espera que por lo menos haya 4 de 6 participantes</p> <p>-El 85% de las participantes consiguen visibilizar patrones de conducta de acuerdo a sus posicionamientos subjetivos.</p> <p>-El 85% de las participantes logra concientizar como algunos de estos patrones de conducta están influenciados por estereotipos de género que han encarnado y que han sido obstáculo para ejercer prácticas de autocuidado.</p> <p>-Se espera que el 100% de las participantes puedan aportar oraciones concretas para su decálogo de autocuidado.</p> <p>-Se espera hacer análisis de la recolección de datos del 100% de los cuestionarios auto reflexivos que realicen las participantes.</p>	<p>Las actividades para este bloque están organizadas en un total de 10 sesiones (10 días) y son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Filtraje. 2. Pensamiento polarizado. 3. Visión catastrófica. 4. Personalización. 5. Falacias de control. 6. Falacias de cambio. 7. Tener siempre la razón. 8. Los debería. 9. Auto afirmaciones. 10. Ejercicio para la reflexión. 	<p>-Cuestionarios auto reflexivos.</p> <p>-Oraciones escritas como aportaciones al decálogo de autocuidado.</p> <p>-Recolección y análisis de los datos obtenidos.</p>
<p>7º bloque: Módulo 5 Revisemos lo que hacemos todos los días (2 días)</p>	<p>A evaluarse al final del séptimo bloque.</p> <p>-Se espera que por lo menos haya 4 de 6 participantes</p> <p>-El 85% de las participantes consiguen visibilizar</p>	<p>Las actividades para este bloque están organizadas en un total de 2 sesiones (2 días) y son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pautas comportamentales y frases que 	<p>-Cuestionarios auto reflexivos.</p> <p>-Oraciones escritas como aportaciones al decálogo de autocuidado.</p> <p>-Recolección y análisis de los datos obtenidos.</p>

	<p>algunas pautas comportamentales que ayudan u obstaculizan el ejercicio de prácticas de autocuidado.</p> <p>-El 85% de las participantes logra visibilizar estereotipos de género que han encarnado en conductas y pensamientos específicos que han sido obstáculo para ejercer prácticas de autocuidado.</p> <p>-Se espera que el 100% de las participantes puedan aportar oraciones concretas para su decálogo de autocuidado.</p> <p>-Se espera hacer análisis de la recolección de datos del 100% de los cuestionarios auto reflexivos que realicen las participantes.</p>	<p>contienen patrones de conducta.</p> <p>2. Vivir en el momento presente.</p>	
8º bloque: Decálogo de autocuidado (1 día)	<p>A evaluarse al final del octavo bloque.</p> <p>-Se espera que por lo menos haya 4 de 6 participantes</p> <p>-Se espera que el 100% de las participantes puedan tener terminado su decálogo de autocuidado de acuerdo a los módulos que se abordaron en el espacio de trabajo y de acuerdo al trabajo auto reflexivo que cada una realizó.</p>	<p>Las actividades para este bloque están organizadas en una sola sesión (1 día), donde se realizará lo siguiente:</p> <p>1. Decálogo de autocuidado.</p>	<p>-Decálogo de autocuidado.</p> <p>-Recolección y análisis de los decálogos de autocuidado.</p>

	<p>-Se espera hacer análisis de la recolección de datos del 100% de los decálogos de autocuidado, para visibilizar cuales fueron los aspectos del autocuidado más significativos para las participantes, en relación al género.</p>		
<p>9º bloque: Segunda aplicación del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (Moreno, Morante, Rodríguez y Garrosa, 2004) y Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Sandín & Chorot, 2003) (1 día)</p>	<p>A evaluarse al final del noveno bloque.</p> <p>-Se espera que por lo menos haya 4 de 6 participantes</p> <p>-Se espera que el 100% de las participantes puedan responder el Cuestionario de Estrés Traumático Secundario y CAE para tener un parámetro de comparación con la primera aplicación y visibilizar si hubo una disminución de sintomatología de Traumatización Vicaria.</p> <p>-Se espera hacer análisis de la recolección de datos del 100% de los cuestionarios que se realicen en la sesión.</p>	<p>Las actividades para este bloque están organizadas en una sola sesión (1 día), donde se realizará lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario. 	<p>-Recolección y análisis de la segunda aplicación del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario.</p>
<p>10º bloque: Autoevaluación final (1 día)</p>	<p>A evaluarse al final del décimo bloque.</p> <p>-Se espera que por lo menos haya 4 de 6 participantes</p> <p>-Se espera que el 100% de las participantes puedan</p>	<p>Las actividades para este bloque están organizadas en una sola sesión (1 día), donde se realizará lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Segunda aplicación del 	<p>-Recolección y análisis de la segunda aplicación del Cuestionario de autoevaluación de inicio de autocuidado.</p>

	<p>responder el cuestionario de autoevaluación para tener un parámetro de comparación sobre como las servidoras públicas en encuentran actualmente en relación al autocuidado.</p> <p>-Se espera hacer análisis de la recolección de datos del 100% de los cuestionarios que se realicen en la sesión, para establecer si hubo puntos de mejora.</p>	<p>Cuestionario de Autoevaluación de Autocuidado.</p>	
--	--	---	--

Anexo I. Cronograma de Actividades

Título de proyecto de investigación: Prácticas corporales de autocuidado. El ethos necesario para personas que atienden a mujeres en situación de violencia.		
Nombre de la intervención: Espacio experimental sobre estrategias de autocuidado. Inicio de proyecto: 20 de agosto del 2018 Finalización de proyecto: 26 de noviembre del 2018 Días de trabajo: 44 días Plan de trabajo: lunes a viernes 25 min antes de la hora de salida laboral		
1er bloque (1 día)	Junta de presentación, encuadre y aplicación de Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (Moreno, Morante, Rodríguez y Garrosa, 2004) y Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Sandín & Chorot, 2003)	20 de agosto
2º bloque (1 día)	Autoevaluación	21 de agosto
3er bloque (6 días)	Módulo 1 Nuestra historia	22 al 30 de agosto
4º bloque (12 días)	Módulo 2 Cuidando nuestro cuerpo	31 de agosto al 20 de septiembre
5º bloque (4 días)	Módulo 3 Poniéndonos en contacto con nuestros sentimientos	21 al 27 de septiembre
6º bloque (10 días)	Módulo 4 Transformando nuestra forma de pensar	28 de septiembre al 11 de octubre
7º bloque (3 días)	Módulo 5 Revisemos lo que hacemos todos los días	22 de septiembre al 23 de octubre
8º bloque (1 día)	Decálogo de autocuidado	24 de octubre
9º bloque (1 día)	Segunda aplicación del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (Moreno, Morante, Rodríguez y Garrosa, 2004) y Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Sandín & Chorot, 2003)	7 de noviembre
10º bloque (1 día)	Autoevaluación final	8 al 26 de noviembre

Anexo J. Instrumento de Evaluación: Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS)
(Meda, Moreno, Rodríguez, Arias & Palomera, 2011)

Nombre:

Fecha:

Edad:

Estado Civil:

Hijas/os:

Tiempo laborando en la empresa:

Formación académica:

Puesto o labor:

Escala de Estrés Traumático Secundario

Instrucciones generales:

A continuación, encontrará una serie de cuestiones referidas a cómo se siente respecto a su trabajo, con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, colocando una marca en la casilla correspondiente al número que mejor describa su opinión en los últimos treinta días, según la siguiente escala de respuesta:

1 = Totalmente en desacuerdo.

2 = En desacuerdo.

3 = De acuerdo.

4 = Totalmente de acuerdo.

REACTIVOS

No.

- | | |
|---|-----|
| 1. Me supera emocionalmente este trabajo. | ___ |
| 2. Me siento inútil y desilusionado frente al trabajo que desarrollo. | ___ |
| 3. Me siento emocionalmente sin fuerzas. | ___ |
| 4. No tengo ganas de ir a trabajar. | ___ |
| 5. Me siento agotado física y mentalmente. | ___ |
| 6. Si algo he aprendido en mi trabajo como profesional de emergencias, es que las cosas no suceden como deberían. | ___ |
| 7. Me he llegado a cuestionar mis propias creencias después de algunas intervenciones. | ___ |
| 8. Mi trabajo me ha hecho ver que el mundo es injusto. | ___ |
| 9. Este trabajo me ha enseñado que la vida termina dándole a uno lo que se merece. | ___ |
| 10. Recuerdo hasta el nombre de algunos pacientes. | ___ |
| 11. A veces, pienso en aquellos pacientes que han fallecido mientras los atendía. | ___ |
| 12. Guardo imágenes muy reales de aquellos accidentes que más me afectaron. | ___ |
| 13. En ocasiones me emociono debido a este trabajo. | ___ |
| 14. Durante algunas intervenciones llego a experimentar sentimientos de todo tipo. | ___ |

Anexo K. Instrumento de Evaluación: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)
(Sandín & Chorot, 2003)

CAE
Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces
- 2 A veces
- 3 Frecuentemente
- 4 Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente 0 1 2 3 4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal 0 1 2 3 4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema 0 1 2 3 4
4. Descargué mi mal humor con los demás 0 1 2 3 4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas 0 1 2 3 4

6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía 0 1 2 3 4
7. Asistí a la Iglesia 0 1 2 3 4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados 0 1 2 3 4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas 0 1 2 3 4
10. Intenté sacar algo positivo del problema 0 1 2 3 4
11. Insulté a ciertas personas 0 1 2 3 4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema 0 1 2 3 4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) 0 1 2 3 4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo 0 1 2 3 4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema 0 1 2 3 4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás 0 1 2 3 4
18. Me comporté de forma hostil con los demás 0 1 2 3 4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema 0 1 2 3 4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema 0 1 2 3 4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema 0 1 2 3 4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación 0 1 2 3 4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes 0 1 2 3 4

25. Agredí a algunas personas 0 1 2 3 4
26. Procuré no pensar en el problema 0 1 2 3 4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal 0 1 2 3 4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación 0 1 2 3 4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas 0 1 2 3 4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema 0 1 2 3 4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga» 0 1 2 3 4
32. Me irrité con alguna gente 0 1 2 3 4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir 0 1 2 3 4
35. Recé 0 1 2 3 4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema 0 1 2 3 4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran 0 1 2 3 4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor 0 1 2 3 4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos 0 1 2 3 4
40. Intenté olvidarme de todo 0 1 2 3 4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos 0 1 2 3 4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar 0 1 2 3 4

Anexo L. Instrumento de Evaluación: Autoevaluación (Claramunt, 1999)

NOMBRE:

FECHA:

AUTOEVALUACIÓN

Acerca de los cambios físicos:

¿Se siente usted continuamente fatigad@?

¿Ha experimentado cambios físicos, tales como dolores musculares, de cabeza, de espalda o tensión en la base del cuello?

¿Ha presentado problemas, antes no presentes, para conciliar el sueño o mantenerse dormid@?

¿Cree usted que se enferma con mayor frecuencia?

¿Ha experimentado cambios en su respuesta sexual?

REFLEXIONE:

¿Presenta algún cambio físico de los ya enumerados o algún otro que usted cree se relaciona con su trabajo? Si es así, ¿cuáles explicaciones ha buscado para ello?

Acerca de los cambios emocionales:

¿Se siente irritad@ o enojad@ con frecuencia?

¿Reacciona con ira ante pequeños inconvenientes?

¿Se siente deprimid@ por largos periodos?

¿Ha notado que se siente a menudo muy frustrad@ en su trabajo?

¿Se irrita fácilmente con las personas que piensan diferente de usted?

¿A menudo desea cambiar de trabajo o abandonar su lucha en contra de la violencia?

¿Se siente a menudo impotente frente a las personas que ayuda?

¿Con frecuencia se siente sol@ y sin apoyo en su lugar de trabajo?

REFLEXIONE:

¿Presenta algún o varios cambios emocionales que usted piensa se relacionan con su trabajo? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles cree que son las causas?

Acerca de los cambios en su conducta:

¿Cree usted que frecuentemente está eligiendo actuar con agresividad?

¿Ha aumentado su consumo de alcohol, psicofármacos u otras drogas, para poder dormir, aliviar su ansiedad o sentirse mejor?

¿Se ha aislado?

¿Estalla con frecuencia?

¿Cree usted que su capacidad para funcionar en la vida cotidiana ha disminuido?

¿Está sobrecargad@ de trabajo?

REFLEXIONE:

¿Presenta algún o varios cambios en su conducta habitual que usted considera se relacionan con su trabajo? ¿Qué explicaciones tiene para los mismos?

Acerca de los cambios en su vida espiritual:

¿Se siente vací@ y en desconexión?

¿Cree que su trabajo no vale la pena?

¿Ha perdido significado su vida?

¿Cree usted que se ha deteriorado su vida espiritual?

¿Cree usted que sus creencias y prácticas relacionadas con la espiritualidad han perdido sentido?

REFLEXIONES:

¿Presenta algún o varios cambios en su vida espiritual, que usted cree se relacionan con su trabajo?

Acerca de los cambios en su tarea de ayudar:

¿Se enoja a menudo o se impacienta con las personas a las que brinda su ayuda?

¿Predominan en usted sentimientos de frustración cuando las personas no regresan o no hacen lo que usted cree que es mejor para ellas?

¿Ha notado que está perdiendo la empatía hacia las personas que experimentan violencia?

¿Ha menudo, frente a una víctima, se preocupa por las necesidades y los sentimientos de la persona que la lastimó?

¿Le aburren los relatos de las víctimas?

Mientras escucha una historia de violencia ¿se da cuenta que piensa en otra cosa?

¿Se siente sobre preocupada y se lleva los relatos de violencia para su casa, los comparte con sus seres queridos, piensa en ellos mientras hace el amor o cuando sale a divertirse?

¿Abruma a sus seres queridos y a sus amistades con las necesidades de las mujeres maltratadas o violadas?

¿Tiene poco apoyo en su trabajo?

¿Tiene pocas oportunidades de participar en la toma de decisiones que afectan su trabajo?

REFLEXIONE:

¿Presenta algún o varios cambios de los ya citados que usted considera importantes de identificar? ¿Cree que puede haber otros?

Si ha contestado afirmativamente a algunas de las preguntas anteriores, es importante que haga un alto en el camino para reflexionar.