

Desgaste por empatía y síntomas de estrés postraumático en profesionales que trabajan en género y violencia de género

Compassion fatigue and posttraumatic stress disorder symptoms suffered by professionals treating victims of gender violence

MIRIAM LUCAS ARRANZ^{*}

Psicóloga infanto-juvenil en Servicios Sociales y Punto Municipal del Observatorio de Violencia de Género de la Mancomunidad La Maliciosa

DILETTA ROSSI FREDUCCI^{**}

*Diletta Rossi Freducci
Psicóloga en Instituto Europeo de Psicología Positiva*

Recibido: 16/4/2022

Aceptado: 21/10/2022

doi: 10.20318/femeris.2023.7463

Resumen. El síndrome de desgaste por empatía aparece principalmente en profesiones basadas en la relación de ayuda y con carácter humanitario. El objetivo de este artículo es investigar sobre las repercusiones concretas que tiene para las profesionales el trabajo con mujeres víctimas de violencia de género. Se han establecido tres líneas de estudio diferenciadas: una sobre los efectos de trabajar en el ámbito de género e igualdad en la vida cotidiana (para lo que se compara una muestra formada por 80 especialistas en género y otra por 80 mujeres que desarrollan su actividad en cualquier otra área), otra relacionada con el trauma vicario y una tercera referente al malestar asociado a la precariedad laboral del ámbito psicosocial. Los resultados muestran las siguientes conclusiones: 1) Las expertas en género muestran una mayor afectación negativa ante situaciones de la vida cotidiana relacionadas con el género que la población general; 2) Los efectos derivados de trabajar en violencia son visibles atendiendo al número de síntomas de estrés postraumático secundario reportado por parte de las profesionales entrevistadas; las trabajadoras sociales muestran de media mayor sintomatología postraumática secundaria, seguidas por las psicólogas, educadoras, auxiliares educativas y por último administrativas; 3) Un 78,7% señala la falta de reconocimiento económico por su labor. Además, se pone de manifiesto el hecho de que el tema “género” surge recurrentemente en su vida diaria, dificultando hallar espacios de desconexión fuera del trabajo.

Palabras clave: Desgaste por empatía, riesgos laborales, violencia de género, trauma vicario, autocuidado.

Abstract. Compassion fatigue is a term to describe the emotional, physical and psychological consequences of helping others. It mainly appears in jobs related to humanitarian assistance. The main aim of this article is to investigate the specific effects of working with victims of gender violence in these professionals.

Three different research lines have been established: the first one of how working in gender roles affects their private life (two study samples have been compared: the first one made

^{*}mlmiriamlucas@gmail.com

^{**}rossidiletta@hotmail.com

up of 80 gender specialists and the other one of 80 women who carry out their jobs in other areas), the second one about vicarious trauma and the third one referred to the discomfort caused by precariousness in psychosocial intervention. The outcomes show the following conclusions: 1) Gender experts suffer more negative effects when they face situations in their private life related to gender problems compared with the general population. 2) The majority of the professional interviewed suffered secondary post-traumatic stress symptoms as a result of working in violence. Social workers show the highest rate of symptoms, followed by psychologists and educators, educational assistants and administratives. 3) The 78,7% of the psychosocial professionals group think that there is a lack of economical reward for their activity.

This article also analyzed the fact that the topic 'gender' arises frequently in their daily life, making difficult to disconnect from work.

Keywords: Compassion fatigue, occupational risks, gender violence, vicarious trauma, selfcare.

La Organización Mundial de la Salud (1984) define el trabajo como un factor importante que favorece la salud pero que, al mismo tiempo, en condiciones desfavorables persistentes, puede generar malestar físico y mental y una disminución de los recursos personales.

Al comenzar la década de los setenta se creó en España el Plan Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo, antecedente del actual Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Surgió así una red técnico-preventiva con servicios médicos autónomos, dirigidos a la realización de acciones protectoras de la salud laboral.

Hoy en día, en esta misma línea se establece una prevención de riesgos laborales específicos para cada puesto de trabajo. Si bien esta prevención se realiza de manera minuciosa en relación a los riesgos físicos, no tanto es así en lo referente a los riesgos emocionales de determinados puestos laborales.

A lo largo de la historia y en especial en los últimos años, se ha abordado en la literatura científica el impacto emocional que genera en el personal sanitario el desempeño de su trabajo, especialmente en áreas como oncología, cuidados intensivos o enfermería, no siendo tan evidentes o visibles estos efectos en otros ámbitos laborales como el área de la psicología o el trabajo social.

Concretamente el objetivo de este artículo es investigar sobre las consecuencias que tiene a corto y largo plazo el trabajo con mujeres que han sido víctimas de violencia de género, bien sea desde una perspectiva psicológica o bien desde otro enfoque profesional como trabajo o educación social.

En España, la atención a víctimas de violencia de género se realiza desde la red pública de Servicios sociales especializados, por lo que el enfoque adoptado en la intervención es más psicosocial que clínico propiamente dicho, sin perjuicio de las derivaciones correspondientes a los servicios sanitarios acordes a la sintomatología detectada. El ámbito de la intervención psicosocial engloba distintas profesiones y especialidades (psicología sanitaria y social, educación social, trabajo social, entre otras). La gestión de estos servicios especializados compete a la administración autonómica y local en algunos casos, y en su mayoría se encuentra externalizada, es decir, los recursos se encuentran subcontratados y son gestionados por ONGs, asociaciones, y otras entidades privadas, que concursan públicamente y de forma periódica para adquirir estos contratos, generando una realidad laboral cambiante y de incertidumbre para las trabajadoras.

Este estudio pretende abordar tres malestares específicos de este tipo de trabajo:

- Los que tienen que ver con el trabajo en el área psicosocial.
- Los relacionados con el trabajo en género e igualdad.
- Los derivados de trabajar en violencia y trauma.

A pesar de que los puestos laborales en el terreno de la intervención psicosocial son por norma general menos valorados, tanto económica como socialmente, minimizando e invisibilizando los riesgos que dicho trabajo entraña (físicos y emocionales), la exigencia profesional para el desempeño de estos puestos es alta, requiriendo altas capacidades de gestión y resolución de problemas de manera autónoma y una gran fortaleza emocional. Kate Van Heugten (2011), especifica algunos estresores destacables en servicios humanos y trabajo social:

- Gran volumen de trabajo y demandas administrativas, refiriéndose el concepto de volumen no solo a la cantidad sino también a la complejidad de problemáticas.
- Ausencia de estatus y remuneración.
- Sentimiento de falta de valoración.
- Recursos inadecuados para atender las necesidades y demandas planteadas.
- Cambios gubernamentales que afectan al servicio y frecuentemente, escasez de recursos para cubrir necesidades.
- Problemas de equipo y falta de supervisión y coordinación.
- Ambiente físico de trabajo en malas condiciones.
- Dificultades de conciliación del trabajo y la vida familiar.

Lander y Nahón (1995) subrayan en esta línea la precariedad de los sueldos, las malas condiciones laborales y el poco apoyo emocional que se da en estos sectores.

Según Peiró (1993), las personas dedicadas al ámbito social son personas con una alta motivación, pero también más susceptibles de desgastarse por el trabajo. De hecho, si las circunstancias que rodean a la intervención psicosocial son tan desfavorables, ¿cómo se explicaría la motivación de las personas empleadas en esta área?

Además de la esencia vocacional de este tipo de trabajos, el modelo DCM (Modelo Demanda-Control) propuesto por Karasek (1979) explicaría esta motivación. La hipótesis central de este modelo es que el esfuerzo será mayor en trabajos caracterizados por la combinación de altas demandas laborales y bajo control laboral. En estos casos, a pesar de las exigencias, las personas que desempeñan el trabajo pueden poner en práctica diferentes habilidades y acciones de resolución de problemas. Karasek llamó a estos trabajos "trabajos de aprendizaje activo". Esta primera formulación teórica fue ampliada posteriormente incluyendo el factor apoyo: demanda-control-apoyo (Karasek & Theorell, 1990).

Más tarde, Bakker, van Veldhoven y Xanthopoulou (2010) proponen que el compromiso y bienestar de la plantilla laboral está influenciado no sólo por una relación cuantitativa entre la demanda y el control, sino también por los retos y desafíos del trabajo

en sí, y el hecho de disponer de recursos suficientes para hacerles frente (Job Demands-Resources, JD-R).

Por otro lado, Siegrist (1996) subraya el necesario balance entre el esfuerzo invertido en el trabajo y la gratificación obtenida. En el caso que nos concierne, dicha gratificación tiene un origen habitualmente vocacional, ya que las condiciones económicas del trabajo a menudo subestiman el esfuerzo profesional.

En este sentido, la intervención psicosocial topa con todas estas dificultades: la alta exigencia profesional (alta demanda y necesidad de auto aprendizaje y bajo apoyo), la habitual falta de recursos institucionales para dar respuesta a las problemáticas abordadas y la escasa gratificación económica.

Sin embargo, no sólo esto puede generar malestar profesional; Castillo (2001) subraya la incoherencia que se produce en estas profesiones que tienen una filosofía humanista pero que se encuentran con un sistema deshumanizado y relaciona este hecho con la aparición del síndrome de burnout.

Este síndrome puede repercutir también fuera del ámbito laboral. Dublin y Spiegelman (1947) describieron consecuencias familiares y sociales, deterioro de la vida en pareja y relaciones sociales en profesionales de la medicina derivadas de este síndrome. Este tema también se ha estudiado en enfermería especialmente en unidades de oncología, cuidados intensivos, departamentos de emergencia y unidades generales médico quirúrgicas (Warner, H. 2014).

Atendiendo al área que nos ocupa, Lloyd, McKenna and King (2005) compararon el estrés de trabajo social en el campo de la salud con el de psiquiatría, medicina y enfermería. Concluyeron que el estrés es similar y que, por lo tanto, no tiene tanto que ver con la disciplina.

Maslach y Jackson (1981) consideran los factores laborales e institucionales como condicionantes y antecedentes del síndrome de burnout. Afirman que las profesiones asistenciales requieren una alta implicación para atender a personas que a menudo afrontan problemas diversos y que esta alta carga emocional puede tener un efecto de “desección emocional”.

En un intento de definir más claramente las características particulares del síndrome de burnout en estas profesiones, Charles Figley (1995) propuso el término desgaste por empatía o fatiga por compasión. Hace referencia a un agotamiento físico, mental y emocional, consecuencia de tratar con personas que han pasado o están pasando por situaciones de trauma. Menciona una serie de campos profesionales susceptibles de padecer este cuadro sintomatológico: profesionales del área de la psicología, servicios de emergencia, medicina, personal que trabaja en situaciones de riesgo, enfermería, servicios de seguridad y aplicación de la ley, trabajo social, personal de apoyo psicológico por teléfono, psiquiatría, personas que trabajan con víctimas de violencia y violencia de género, tanatólogos y cuidadores de mayores (Figley, 1994).

El desgaste por empatía puede desarrollarse cuando una persona ha presenciado o tiene constancia de algún acontecimiento traumático que le sucede a otra, sumado a un intenso sentimiento de empatía y deseo por parte del profesional por ayudar a aliviar su

dolor (Cazabat 2002; Pérez-Viejo y Montalvo-Hernández, 2010). Algunos de los síntomas descritos por Figley (2002) son: emocionales (ansiedad, enojo, miedo, tristeza, hipersensibilidad, apatía, culpabilidad por falta de logros), cognitivos (preocupación excesiva, pensamientos conflictivos, disminución de la concentración), conductuales (hipervigilancia, irritabilidad, disminución del cuidado personal o de la salud), físicos (fatiga, alteraciones del sueño y apetito, dolores de cabeza o musculares), en las relaciones personales (disminución del apetito sexual, intolerancia, proyección del enojo o culpa).

Yip (2006) concreta que en el campo de trabajo social hay mayor vulnerabilidad a desarrollar este síndrome porque en esta área laboral la empatía está muy desarrollada. Otros autores también señalan diferencias en el nivel de empatía según la profesión: Elizur y Rosenheim (1982) estudiaron el nivel de empatía en estudiantes de psicología, psiquiatría y medicina general, concluyendo que el grado de empatía era mayor en psicología, seguidos de medicina y por último psiquiatría. En cuanto al desgaste por empatía en trabajo social, Cuartero Castañer (2018) estudió su prevalencia en centros de trabajo social de Mallorca, concluyendo que 1/3 del personal profesional encuestado se hallaba en alto riesgo de padecerlo.

Autores como Miret y Martínez Larrea (2010) establecen factores psicológicos y psicopatológicos que influyen en el desarrollo de este síndrome, factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, historia laboral), organizacionales (turnos, horarios, remuneración, sobrecarga) y sociales. Ferris, Von Gunten y Von Roenn (2011) también apuntan a las jornadas laborales largas, el volumen de trabajo o el tipo de población con la que se trabaja, como variables que predisponen al síndrome de desgaste por empatía.

Focalizándonos en el campo de intervención que nos atañe, Smith (2008) establece que trabajar ayudando a otras personas, incluyendo víctimas de violencia de género, puede ocasionar este particular tipo de estrés. Herman (1992) también hace referencia al trabajo en trauma y mujeres. Canet Benavent y García Cuenca (2006) señalan algunos factores que propician estas consecuencias en el ámbito del trabajo social y violencia de género: necesidad de dar respuesta a situaciones y no disponer de suficientes recursos, usuarias que se hacen dependientes de profesionales, dificultad para desconectar al salir del trabajo, sentimientos de responsabilidad respecto a lo que le ocurre a la mujer, falta de supervisión de casos, y la imposibilidad de acabar con la violencia. MacDonald (2004) igualmente, subraya la dificultad de trabajar con mujeres que han sufrido maltrato. En este sentido, Ojeda (2006) menciona que la dinámica en la que se desenvuelven las personas que trabajan con víctimas de violencia les lleva a enfrentar constantes y profundos estados de tensión. Morales, Pérez y Menares (2003), afirman que el desgaste profesional se presenta con una intensidad cualitativamente distinta cuando el campo de trabajo es la violencia; describen que las personas que trabajan en esta área están expuestas en mayor grado a desarrollar el síndrome de desgaste y agotamiento profesional, llevándolo con frecuencia al abandono de la profesión o del campo de trabajo y a padecer trastornos psicológicos graves.

Kovalskys y Gómez (2000) apuntan que se ha estudiado muy poco el impacto en la vida personal de profesionales que trabajan con problemáticas difíciles, e insisten en que la violencia genera huellas en los equipos. Santana y Farkas (2007) también desta-

can esta carga emocional. En esta línea, Saakvitne y Pearlman y Mac Ian (1995) apuntan que trabajar con víctimas de trauma hace que la persona que escucha experimente dolor y sufrimiento durante el tratamiento. Por esto, puede desarrollar más experiencias contratransferenciales como fantasías de rescate, tristeza insoportable, incredulidad, rabia, disociación, culpa (Shay, 1992).

Schauben y Fraizer (1995) estudiaron una muestra de 200 mujeres psicólogas que atendían víctimas de abuso sexual. Las que más casos llevaban experimentaban más síntomas de estrés postraumático como negatividad hacia la vida y las personas. Lo mismo halló Munroe (1990) en profesionales que trabajaban con veteranos de guerra. Así pues, parece claro que los y las profesionales que trabajan en trauma son más susceptibles a la fatiga laboral (Pearlman & Mac Ian, 1995).

Arón y Llanos (2004), que también señalan estas profesiones como susceptibles de sufrir este desgaste emocional, subrayan la importancia de la prevención; diferencian factores de autocuidado en el área individual, factores de protección del equipo como área grupal y factores de protección del área como trabajar en red. Destacan la necesidad de mantener áreas personales libres de contaminación; espacios de distracción donde no aparezcan temas relacionados con violencia. Ya en 1983, Pines también apuntó algunos factores de protección para prevenir el estrés y el burnout, como el apoyo técnico (supervisión) y emocional. Así mismo, Guy (1995) insistió en trabajar factores de protección como terapeutas. En esta misma línea, Dutton y Rubinstein (1995) y Murillo (2000) hacen hincapié en la importancia del autocuidado en el ámbito social para prevenir el burnout y desgaste por empatía, y en el hecho de que se procure un espacio propio a las y los profesionales que trabajen en trauma para reabsorber sus propias reacciones emocionales. Wee y Myers (2005) subrayan la supervisión externa como factor de protección y Barudy (1999) señala la importancia de que las instituciones cuiden a los y las profesionales.

Método y diseño de la investigación

Se han establecido tres líneas de estudio diferenciadas:

1. Una línea de estudio analiza la existencia de consecuencias negativas en el día a día de las profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de género e igualdad derivadas del propio trabajo, efectos que no aparecerían, o al menos no con la misma intensidad, en un ámbito laboral distinto.

Para esto, se han establecido 3 grupos focales de trabajo de 10 profesionales expertas en la materia cada uno. Se les ha pedido consensuar cuáles son las limitaciones o consecuencias derivadas del trabajo en género que les afectan más habitualmente. Partiendo de sus conclusiones se ha desarrollado un cuestionario (20 preguntas tipo Likert con 4 opciones de respuesta) para consultar acerca de estos efectos y su frecuencia de aparición en ellas (Nunca, Alguna vez, Con frecuencia, Con mucha frecuencia), clasificados según las características de los

síntomas: efectos a nivel conductual, cognitivo, fisiológico y emocional (Anexo 1). Posteriormente, se ha pasado este cuestionario a dos grupos de mujeres: uno formado por especialistas en género y otro por mujeres que desempeñan su labor en otras áreas.

2. Por otro lado, centrándonos en el trabajo concreto en el ámbito de género e igualdad, se indaga en los efectos de trabajar en violencia, estableciendo relaciones con síntomas relacionados con el síndrome de estrés postraumático secundario (por exposición repetida a víctimas de violencia) y variables como la profesión, los años de experiencia y la satisfacción con la remuneración percibida. Para esta segunda línea de estudio, se ha seguido el mismo procedimiento que en la anterior; los mismos grupos focales de trabajo han seleccionado cinco síntomas (sobre los que se ha realizado un cuestionario de 5 preguntas), señalados como los más habituales por las participantes, y presumiblemente relacionados con el síndrome de estrés postraumático secundario. Para realizar esta elección, se ha subrayado la importancia de atender no sólo a los síntomas experimentados por ellas mismas, sino también a aquellos que aparecen en conversaciones informales en los equipos de trabajo, o en las supervisiones (Anexo 1).

El grupo de expertas ha respondido a estas cuestiones, ponderando las respuestas de la siguiente forma: Nunca: 1 punto; Alguna vez: 2 puntos; Con frecuencia: 3 puntos; Con mucha frecuencia: 4 puntos. Se obtiene así una puntuación en el cuestionario, siendo 5 la puntuación mínima y 20 la máxima.

3. Por último, se pretende investigar si existen malestares asociados a la precariedad laboral en el ámbito psicosocial. Se ha preguntado a la muestra seleccionada de expertas en género o violencia de género acerca de dos factores señalados por la literatura como generadores de malestar: el nivel de satisfacción con la remuneración económica y con el apoyo/supervisión percibido en el desempeño diario.

Descripción de la muestra

Se han establecido dos muestras poblacionales: la muestra de expertas (Muestra A) y la muestra de población general (Muestra B).

Para la muestra A se han seleccionado profesionales que desempeñan su labor en el ámbito de género y/o violencia de género en diferentes recursos, la mayoría de ellos servicios públicos subcontratados y gestionados por entidades privadas, asociaciones y ONGs, de la Comunidad y Ayuntamiento de Madrid (59 mujeres), aunque también han participado especialistas de Bilbao del mismo área profesional (21 personas). Esta muestra se compone de 80 mujeres de diferentes edades y profesiones (Tabla 1). Dada la dificultad de acceso a

Tabla 1. Profesionales de la Muestra A.

Psicólogas	31
Trabajadoras sociales	13
Educadoras	20
Auxiliares educativas	8
Administrativas	3
Abogada	1
Periodista	1
Pediatra	1
Mediadora	1
Socióloga	1

esta población especializada, y teniendo en cuenta que, dependiendo de la naturaleza de cada recurso la composición multidisciplinar del equipo es variable, la muestra no se distribuye de manera uniforme en las distintas profesiones. Tomando como referencia los rangos de edad de la muestra A para evitar la influencia de esta variable, se ha constituido la muestra B con edades similares: 80 mujeres que trabajan fuera de este ámbito (Tabla 2).

Tabla 2. Muestra A y B según rangos de edad.

Tramos de edad	Mujeres por tramo de edad
20-29 años	15
30-39 años	33
40-49 años	23
50-59 años	6
Más de 60 años	3

La muestra A ha servido de estudio en lo referente a los malestares relacionados con la precariedad laboral del ámbito psicosocial y en lo referente a las consecuencias asociadas al trauma vicario (Líneas 2 y 3 del estudio). Para investigar los efectos de trabajar en género en situaciones cotidianas, se han comparado las respuestas de ambas muestras, A y B (Línea 1 del estudio).

No se ha recogido información respecto al recurso en el que trabajan las expertas, pero se han incluido espacios de igualdad, recursos de trata y prostitución, centros de emergencia y casas de acogida para mujeres víctimas de violencia de género, servicios telefónicos de atención a situaciones de violencia de género y de tratamiento ambulatorio, y en algún caso, de trabajo por cuenta propia en el ámbito privado.

Por último, se hipotetiza que el hecho de trabajar en género es especialmente desgastante porque no permite ignorar el tema una vez fuera del horario y ámbito laboral. Para valorar esto, se ha incluido una pregunta que se ha realizado a ambas muestras (A y B): “¿Con qué frecuencia tienes contacto en tu vida cotidiana fuera del terreno laboral con temas referentes a tu trabajo?”

Exposición de resultados

A continuación se exponen las preguntas del cuestionario referidas a síntomas experimentados en el día a día, comparando la muestra A (de expertas) y la muestra B (población general):

Síntomas fisiológicos

1. Cuando estoy en un ambiente distendido y alguien comenta de manera neutra una noticia de violencia de género siento tensión.

Solo un 0,2% de la población experta responde que nunca siente tensión ante esta situación, frente a un 25,30% de la población general (Gráfico 1). En el otro extremo, un 28,70% de las expertas responde “Con mucha frecuencia” frente a un 13,90%. La res-

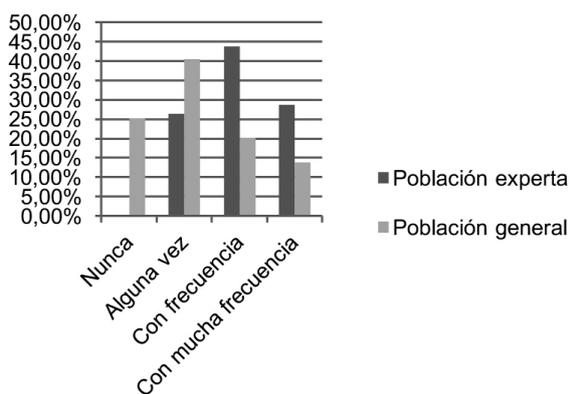


Gráfico 1. Comparativa muestras (Pregunta 1).

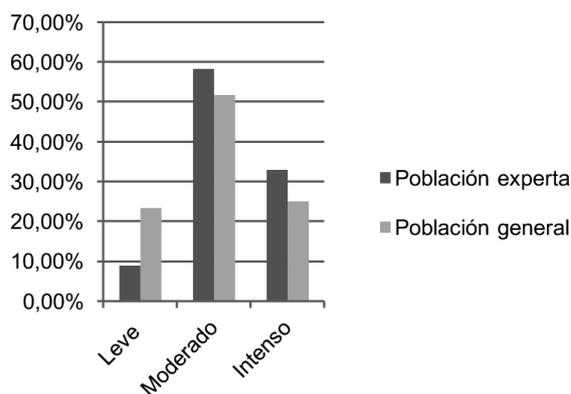


Gráfico 2. Comparativa muestras en intensidad.

puesta “Con frecuencia” se da en un 43,80% de la población experta, y en un 20,30% de la población general, que obtiene mayor porcentaje (40,50%) en la opción “Alguna vez”. En cuanto al nivel de malestar reportado, un porcentaje mayoritario en ambas muestras (58,20% en la muestra A; 51,70% en la B) señala que este malestar es moderado. Sólo un 8,9% de las expertas lo describe como leve, frente a un 23,30% de la población normal. Así mismo, la respuesta “intenso” es mayor en las especialistas (32,9% frente a 25%).

2. He tenido sueños relacionados con cosas del trabajo que me han generado malestar.

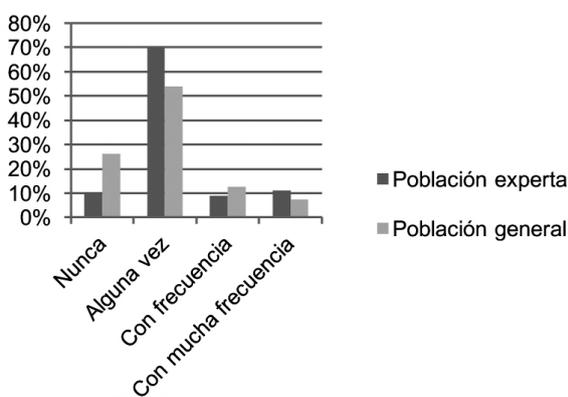


Gráfico 3. Comparativa muestras (Pregunta 2).

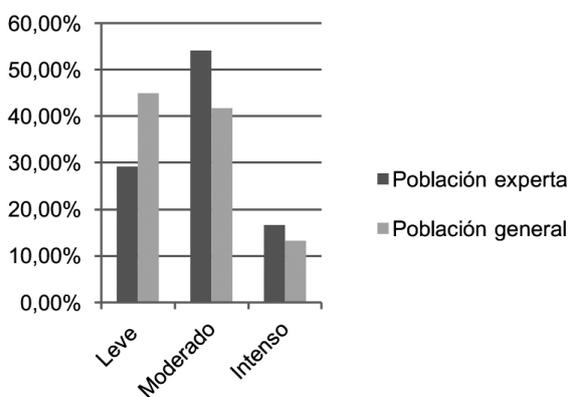


Gráfico 4. Comparativa muestras en intensidad.

Un 70% de las expertas señala que alguna vez ha tenido estos sueños, un 8,8% con frecuencia y un 11,13% con mucha frecuencia. Sólo un 10% afirma que nunca le ha sucedido. Mientras, entre la población general, un 26,30% nunca ha experimentado este problema, a un 53,80% le ha ocurrido alguna vez, un 12,50% lo sufre con frecuencia y un 7,50% con mucha frecuencia. El nivel de malestar es calificado como moderado (54,20%) e intenso (16,70%) representando el 70,90% de la muestra A, pero la mayoría de la muestra B (un 45%) lo considera leve o moderado (41,70%).

3. Al salir del trabajo noto contracturas y tensión muscular.

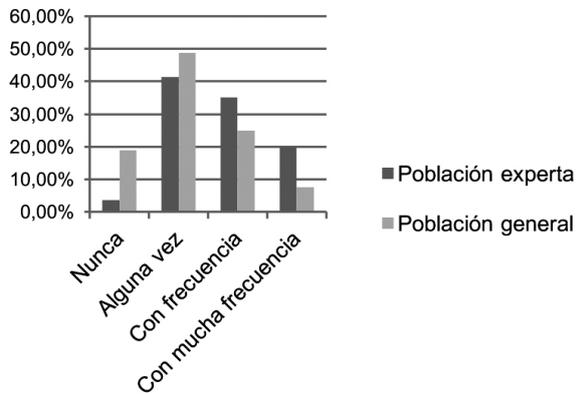


Gráfico 5. Comparativa muestras (Pregunta 3).

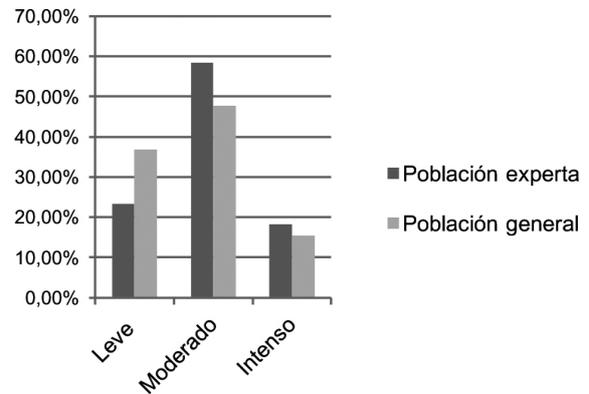


Gráfico 6. Comparativa muestras en intensidad.

Sólo un 3,7% de la población experta entrevistada afirma no haberlo sentido nunca; un 41,30% afirma que “alguna vez”, un 35% “Con frecuencia”, y un 20% “Con mucha frecuencia”. En la muestra general, el 18,8% responde que nunca lo ha sentido, la mayoría afirma que ocasionalmente (alguna vez, 48,8%), un 25% con frecuencia y un 7,50% con mucha frecuencia. En ambas muestras, varios puntos por encima en la A, la mayoría establece que el malestar es moderado; siendo intenso también de forma similar en las dos (18,20% y 15,40%), y leve algo superior en la muestra B (36,90% frente a 23,40%).

4. Experimento sensaciones de malestar (inquietud, nudo en el estómago, aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración...) cuando algún amigo o amiga comienza con el discurso de las denuncias falsas por violencia de género.

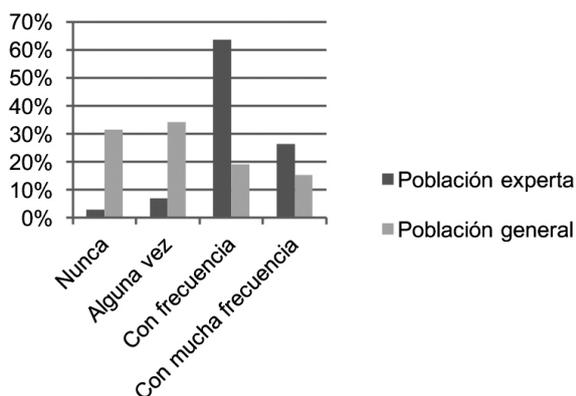


Gráfico 7. Comparativa muestras (Pregunta 4).

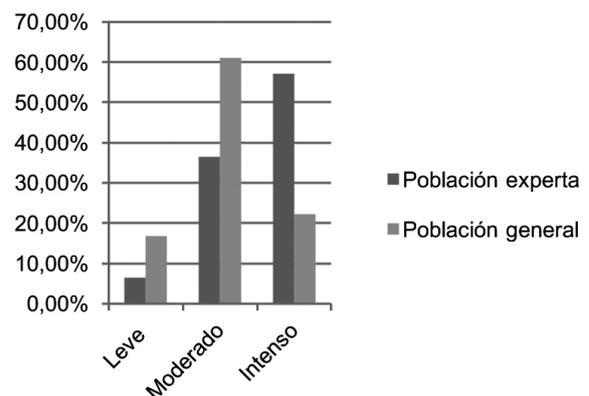


Gráfico 8. Comparativa muestras en intensidad.

Sólo el 3% de las especialistas no se muestra afectado por esta situación, frente a un 31,60% de la población general. Además, en las expertas la mayoría de las puntuaciones se reparten entre “Con mucha frecuencia” (26,30%) y “Con frecuencia” (63,70%). Sin embargo

en la muestra B hay más respuestas en la categoría “Alguna vez” (34,20%) y “Con frecuencia” (19%). En cuanto a la intensidad de este malestar, la mayoría de la muestra A, un 57%, experimenta un malestar intenso, mientras que en la población general solo es intenso en un 22,20%. En esta última, hay una mayoría de respuestas de “moderado” (61,10%). La respuesta “leve” sólo se señala en un 6,50% de la muestra experta, frente a un 16,70% en la general.

5. Cuando escucho una noticia de violencia de género se me forma un nudo en la garganta o en la boca del estómago y siento ganas de llorar.

Al 35% de la población general esto no le ocurre, mientras que en la muestra de personas expertas solo un 12,50% afirma no haber sentido esto nunca.

La respuesta “Alguna vez” es mayor en la muestra A (51,20% frente a 35%).

Las puntuaciones en la categoría “Con frecuencia” y “Con mucha frecuencia” son similares en ambas muestras (Con frecuencia: 28,70%-20%; Con mucha frecuencia: 7,5%-10%).

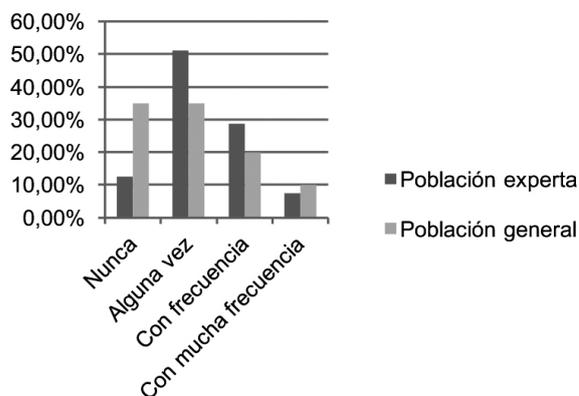


Gráfico 9. Comparativa muestras (Pregunta 5).

Síntomas emocionales

1. Me molesta cuando me grita un piropo por la calle.

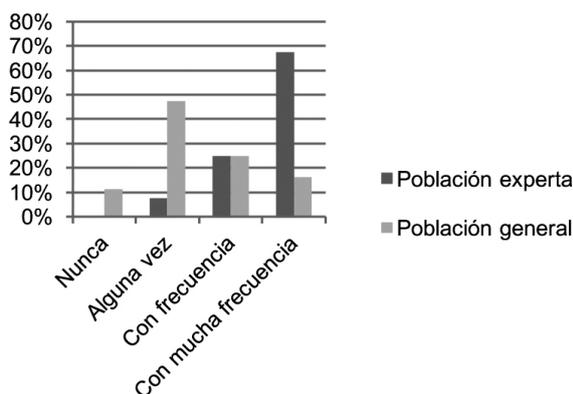


Gráfico 10. Comparativa muestras (Pregunta 6).

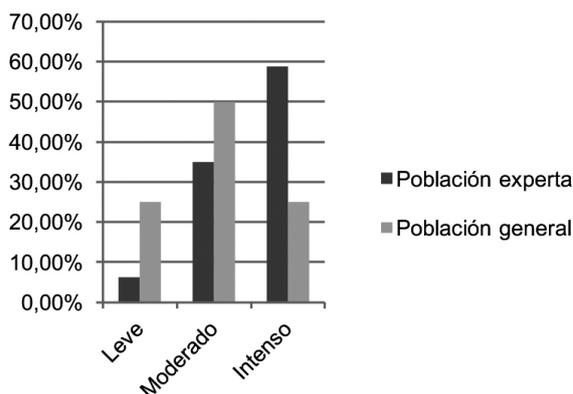


Gráfico 11. Comparativa muestras en intensidad.

La respuesta “Nunca” ni siquiera aparece en la muestra de especialistas, correspondiendo al 11,30% en la muestra B (Gráfico 12). La mayoría de mujeres expertas en género entrevistadas refieren sentirse molestas; un 67% con mucha frecuencia y un 25%

con frecuencia. Mientras, en la muestra general, un 47,50% responde que “alguna vez” y un 25% con frecuencia y sólo un 16,20% expresa sentirse molesta con mucha frecuencia. La intensidad (Gráfico 13) es visiblemente mayor en la muestra A: el 58,80% lo siente de manera intensa, el 35% moderada y solo un 6,20% lo describe como leve. En la muestra B, la mitad considera que es moderado, el 25% leve y el 25% intenso.

2. Siento malestar cuando escucho un chiste machista.

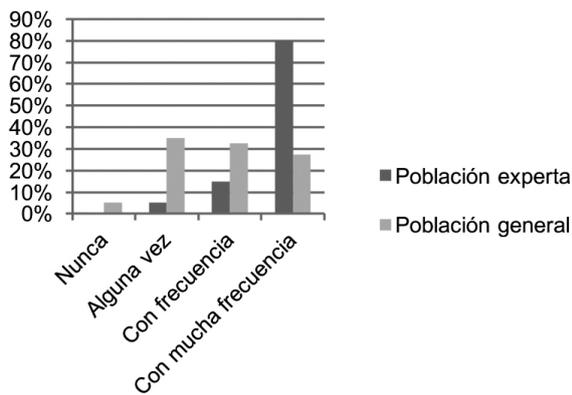


Gráfico 12. Comparativa muestras (Pregunta 7).

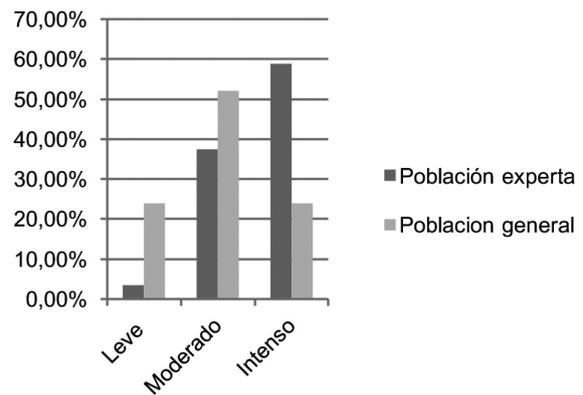


Gráfico 13. Comparativa muestras en intensidad.

En la muestra de expertas, el 100% de las personas siente o ha sentido malestar, destacando el 80% que responde “Con mucha frecuencia”. El porcentaje que responde “nunca” en la muestra B también es bajo, un 5%, repartándose el resto de respuestas en las distintas categorías: 35% alguna vez, 32,50% con frecuencia, 27,50% con mucha frecuencia. El nivel de malestar es mucho más intenso entre las personas expertas (59% intenso, 37,50% moderado). La población general entrevistada lo cataloga de “Leve” en un 24%, “Moderado” en un 52% e “Intenso” en un 24%.

3. Siento irritabilidad ante situaciones de injusticia social.

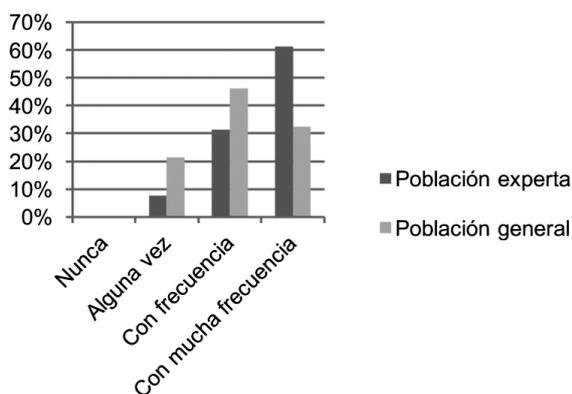


Gráfico 14. Comparativa muestras (Pregunta 8).

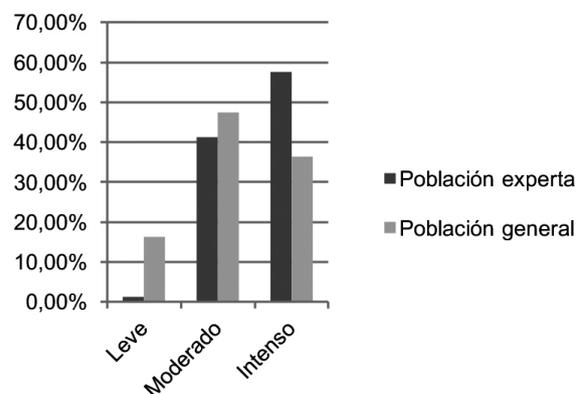


Gráfico 15. Comparativa muestras en intensidad.

Ambas muestras puntúan 0% en la respuesta “Nunca”; la respuesta “Con mucha frecuencia” es bastante superior en la muestra A (61,30% frente a 32,50%), aumentando las respuestas “Con frecuencia” y “Alguna vez” en la muestra de población general. El nivel de intensidad también es mayor en la muestra A: un 57,50% intenso y un 41,30% moderado. En la muestra B la mayoría responde “Moderado” (63,20%). Así mismo, solo 1,20% de la muestra de expertas refiere que dicho malestar es leve frente al 17% de la muestra de población general.

4. Hay determinadas situaciones que se desarrollan en presencia de hombres (caminar sola por la noche, coger un taxi...) en las que siento miedo a pesar de no existir una amenaza visible.

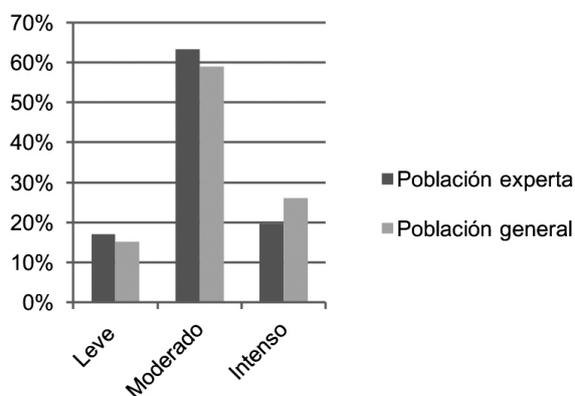
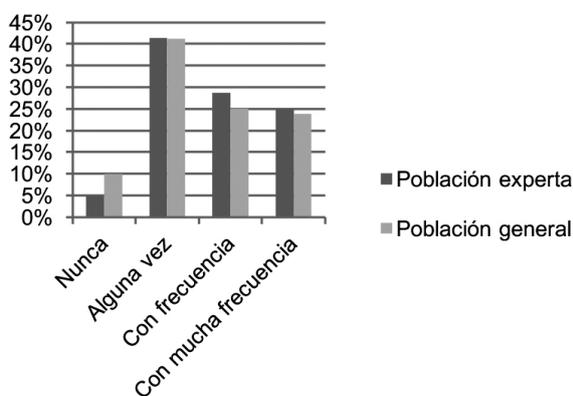


Gráfico 16. Comparativa muestras (Pregunta 8).

Gráfico 17. Comparativa muestras en intensidad.

Los resultados son bastante similares en ambas muestras, aunque la respuesta “Nunca” aparece el doble en la muestra de población general. La intensidad es similar.

5. Siento rabia y/o tristeza cuando veo en las noticias o leo sucesos relacionados con violencia de género.

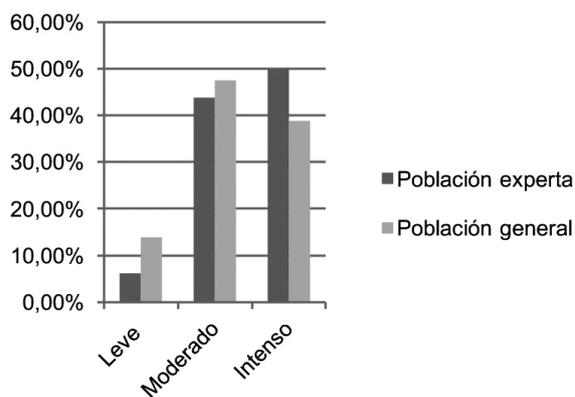
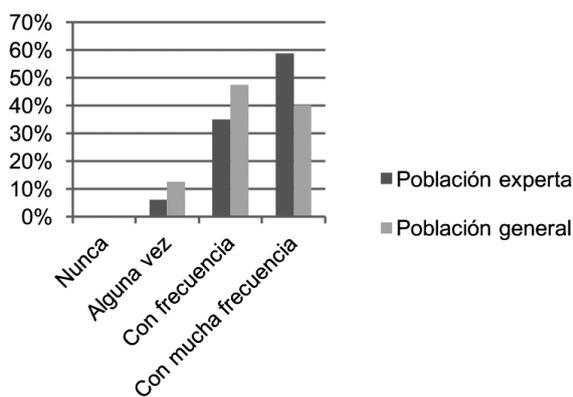


Gráfico 18. Comparativa muestras (Pregunta 9).

Gráfico 19. Comparativa muestras en intensidad.

No se encuentran diferencias significativas en las muestras analizadas; la respuesta “Nunca” es inexistente en ambas, el 58,80% de las especialistas refiere sentirlo “Con mucha frecuencia” frente a un 40% en población general, que puntúa más alto en las otras dos categorías (Con frecuencia 47,50% frente al 35% de la muestra A y “Alguna vez” 12,50% frente al 6,20%). En cuanto a la intensidad del síntoma, la respuesta “Intenso” es mayor en la muestra de población experta en género (50% frente al 38,80%). En la categoría “Moderado” ambas son similares, siendo la respuesta “Leve” superior en la muestra B (13,80% frente al 6,20% de población experta).

Síntomas cognitivos

1. Fantaseo con ayudar o salvar a personas en diferentes situaciones.

Los resultados no difieren mucho, aunque la muestra A puntúa algo por encima en todas las categorías excepto en “Alguna vez”, que ambas tienen 50%. La respuesta “Nunca” aparece en el 25% de la muestra A, y en el 33,8% de la B; “Con frecuencia” (18,8% -12,5%); “Con mucha frecuencia” (6,2%-3,7%).

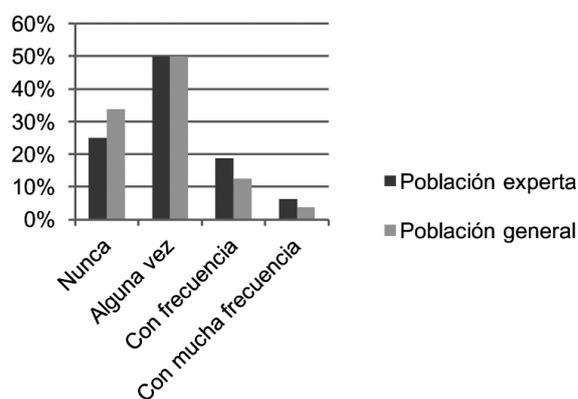


Gráfico 20. Comparativa muestras (Pregunta 11).

2. Al escuchar una discusión de pareja por la calle en la que se sube un poco el tono de voz, me pongo alerta pensando que el chico puede ser un agresor.

El porcentaje que responde “Nunca” en ambas muestras es muy bajo (1,20% en la A, 4,90% en la B). La mayoría de la población general responde que alguna vez le ha ocurrido (63,80%), pero en la muestra de expertas ocurre con más frecuencia (“Con frecuencia” 33,80% y “Con mucha frecuencia” 40%).

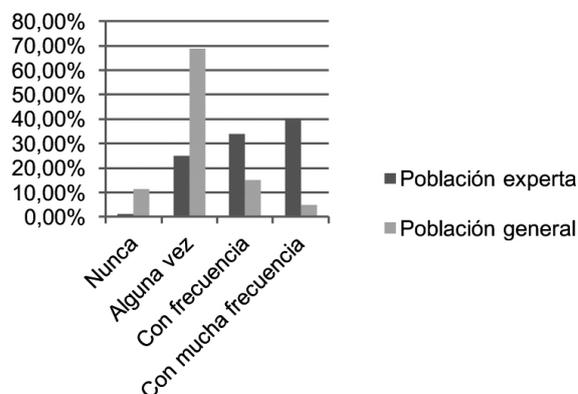


Gráfico 21. Comparativa muestras (Pregunta 12).

3. Una amiga ha conocido un chico y tiene una cita. Tiendo a desconfiar de él.

Las respuestas en este caso son parecidas en ambas poblaciones, ligeramente superiores en la muestra A: Un 11,3% responde "Nunca" frente a un 28,7% en la B; "Alguna vez" (65%- 50%); "Con frecuencia" (17,5% ambas); "Con mucha frecuencia" (6,2%-3,8%).

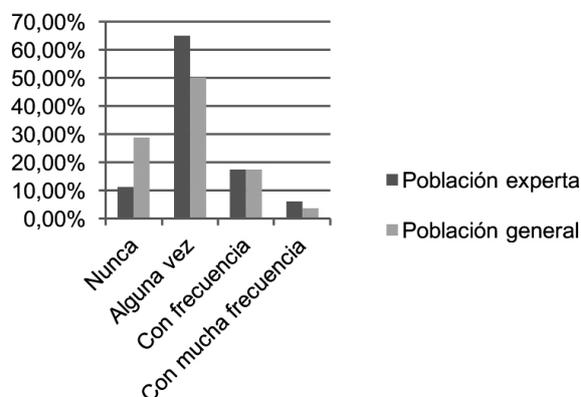


Gráfico 22. Comparativa muestras (Pregunta 13).

4. Cuando discuto con mi pareja o compañe@ sentimental, si levanta el tono de voz o me dice algo desagradable me pongo alerta y me vienen pensamientos muy negativos.

Un 27,50% de las expertas en género responde que nunca, frente a un 43% de la población general. La respuesta "alguna vez" es similar en ambas (48,70% y 44,30%), pero en la categoría "con frecuencia" aumenta en la muestra de especialistas (17,50% frente a 5,80%). El valor "Con mucha frecuencia" es similar en ambas.

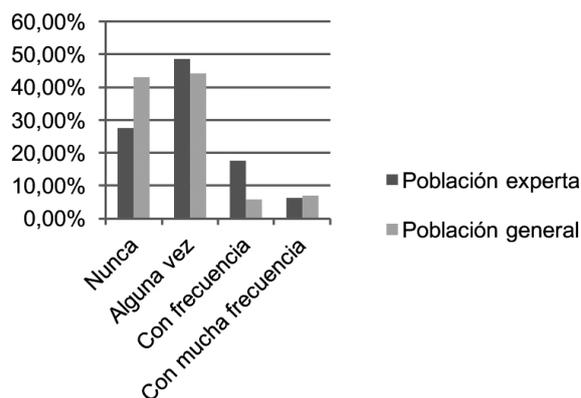


Gráfico 23. Comparativa muestras (Pregunta 14).

5. Es fin de semana y no puedo desconectar del trabajo.

Sólo un 3,70% de la muestra A refiere que nunca le ha ocurrido esto, frente al 25,30% de la B. La frecuencia es algo mayor en la muestra A (Alguna vez: 61,3%-57%; Con frecuencia: 17,5%-8,9%; Con mucha frecuencia: 3,7%-8,9%).

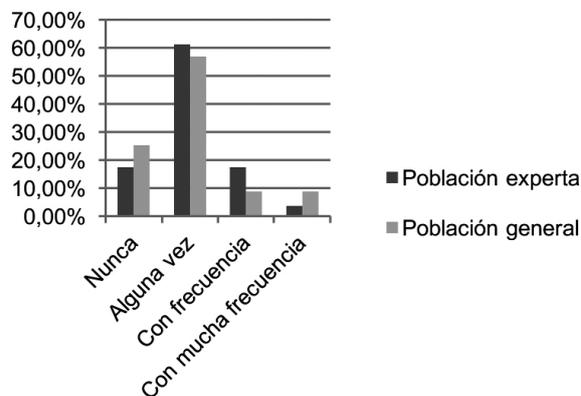


Gráfico 24. Comparativa muestras (Pregunta 15).

Síntomas conductuales

1. *Evito compartir publicaciones referentes a igualdad de género en mis redes sociales por miedo a la reacción de algunos de mis contactos.*

Algo más de la mitad de las expertas (55%) niega evitar estas publicaciones, frente a un 83,80% de la muestra B. Un 33,80% de la muestra A reconoce que “Alguna vez”, pero solo el 10% de la muestra B. Además, el 8,80% de la A lo evita con frecuencia frente al 2,40% de la B. La respuesta “Con mucha frecuencia” es insignificante en ambas muestras (0,40% y 3,80%).

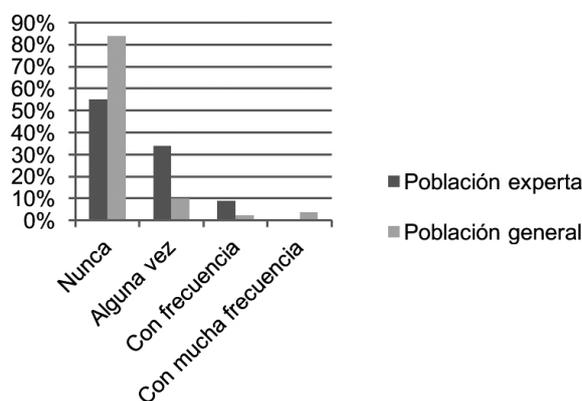


Gráfico 25. Comparativa muestras (Pregunta 16).

2. *Cuando me preguntan a qué me dedico, evito dar detalles de mi trabajo anticipando la reacción de la otra persona o los comentarios que van a realizar.*

Un 80% de la población general entrevistada no tiene problemas en decir a qué se dedica, mientras que un 66,20% de la muestra de expertas reconoce que alguna vez lo evita (45%), con frecuencia (12,50%) o Con mucha frecuencia (8,8%).

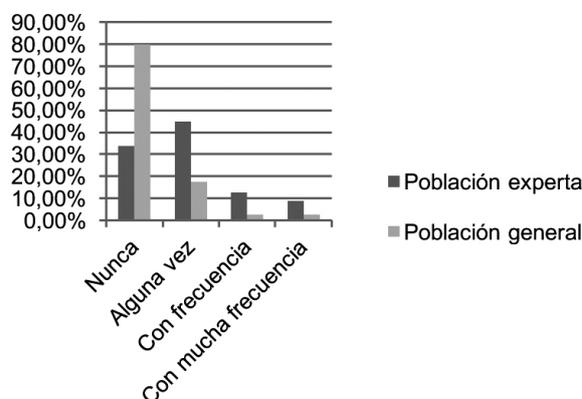


Gráfico 26. Comparativa muestras (Pregunta 17).

3. *Evito expresamente ver el telediario o programa en los que se van a analizar casos mediáticos referentes a violencia de género.*

Algo más de la mitad de la población general encuestada, un 53,80%, niega esta conducta de evitación, el 25% dice que alguna vez, un 12,50% con frecuencia y un 8,8% con mucha frecuencia.

En la muestra de expertas, solo el 20% asegura que nunca le ocurre algo así, un 30% reconoce que alguna vez, un 26,20% dice que con frecuencia y un 23,80% con mucha frecuencia.

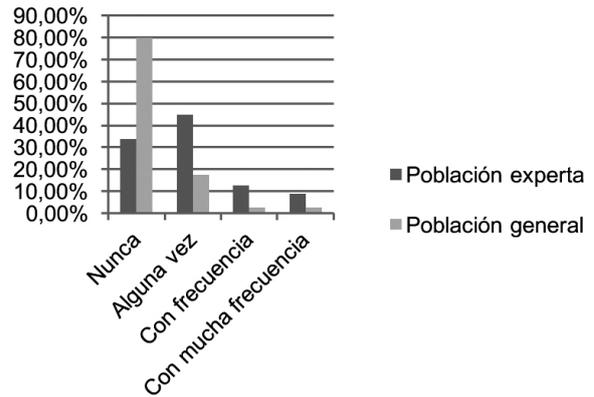


Gráfico 27. Comparativa muestras (Pregunta 18).

4. Evito hablar sobre noticias relacionadas con violencia de género en mi entorno para no exponerme a posibles comentarios que me desagradan.

El 70% de la población general nunca ha tenido inconveniente en realizar estos comentarios, pero entre las expertas sólo un 21,30% afirma sentir esa libertad siempre; el 40% reconoce haber evitado este tema alguna vez, el 32, 50% lo evita con frecuencia y el 6,20% con mucha frecuencia.

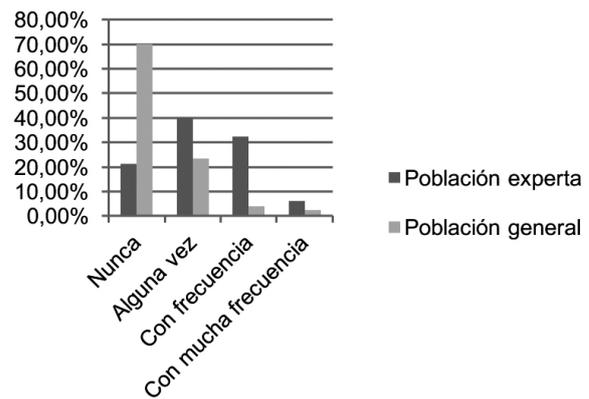


Gráfico 28. Comparativa muestras (Pregunta 19).

5. Evito quedar con amistades machistas.

Sólo un 6,20% de las expertas no evita dichas amistades frente al 36,3% de la muestra B. La respuesta "Alguna vez" es similar (32,50% en la A; 37,5% en la B), pero "Con frecuencia" y "Con mucha frecuencia" (40%-15%; 21,3%-11,3%, respectivamente) la puntuación de la A es mucho mayor.

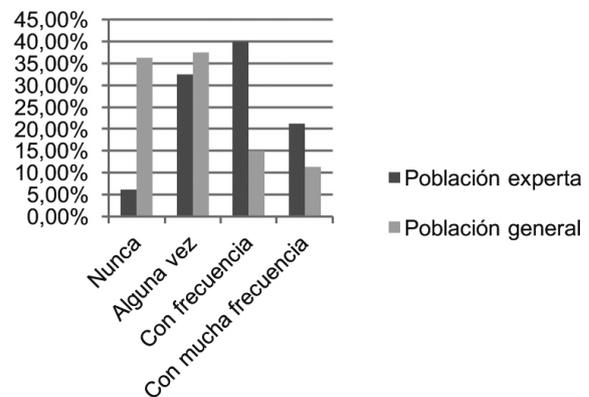


Gráfico 29. Comparativa muestras (Pregunta 20).

Efectos de trabajar en género relacionados con síntomas de estrés postraumático secundario

A partir de la ponderación de respuestas del cuestionario relacionado con síntomas que tienen que ver con el trauma vicario (Anexo 1), se ha obtenido una puntuación para cada profesional. Aunque la muestra es reducida y esto imposibilita extraer conclusiones estadísticamente significativas, a nivel descriptivo

se han comparado las puntuaciones entre categorías profesionales y se ha buscado correlación entre este dato y los años de experiencia mediante el coeficiente de Pearson.

En la Tabla 3 se plasman los resultados de las medias de las puntuaciones según la profesión.

No se ha hallado correlación entre los años de experiencia y las puntuaciones obtenidas.

Las dos preguntas realizadas a la muestra A, referidas a malestares propios de las condiciones del trabajo en el ámbito psicosocial arrojan los siguientes resultados:

Tabla 3. Medias de las puntuaciones por profesión.

Trabajadoras sociales	10,61
Psicólogas	9,70
Educadoras	9,45
Auxiliares educativas	9,37
Administrativas	6,6
Otras (Mediadora, abogada, socióloga)	12,3

1. ¿Crees que tu sueldo es acorde al trabajo realizado? Si tu respuesta es "no", ¿Crees que algún día llegará a serlo?

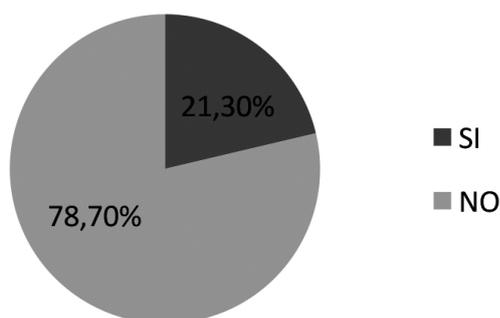


Gráfico 30. Sueldo acorde.

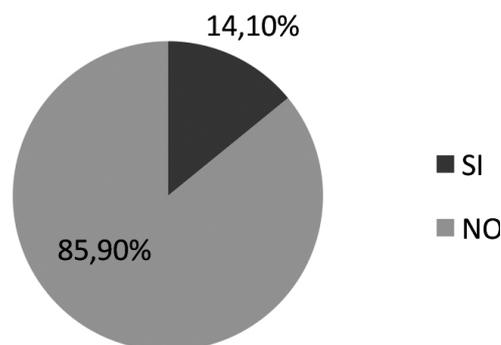


Gráfico 31. ¿Llegará a serlo?

Un 78,70% considera que su sueldo no se ajusta a las exigencias del trabajo y el 85,90% de esas profesionales cree que nunca llegará a hacerlo.

2. En cuanto a si consideran tener la supervisión y apoyo necesarios por parte de sus superiores, un 60% responde afirmativamente frente a un 40% que refiere que no.

En lo referente a la posibilidad de desconectar al salir del trabajo se han obtenido los siguientes datos:

¿Cada cuánto tienes contacto con temas referentes a tu trabajo una vez finalizada tu jornada laboral?

El 100% de especialistas asegura que con frecuencia (32,5%) o con mucha frecuencia (67,5%) tiene contacto con aspectos relativos a su mundo laboral.

En población general, sólo un 14,5% responde “Con mucha frecuencia”, un 30,30% “Con frecuencia”, un 13,20% “Nunca” y un 42,10% “Alguna vez”.

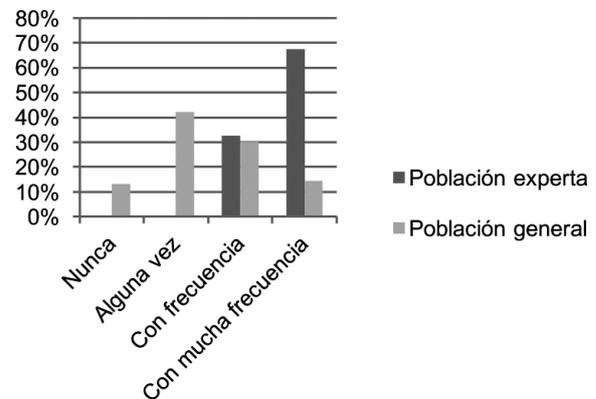


Gráfico 32. Comparativa muestras (Contacto con temas de trabajo fuera del mismo).

Discusión de resultados

Prácticamente en todas las preguntas las expertas en género muestran una mayor afectación ante situaciones de la vida cotidiana relacionadas con el género.

En las cinco preguntas relacionadas con *síntomas fisiológicos*, se observa que en términos generales, las expertas sienten tensión ante situaciones comunes de la vida diaria con bastante más frecuencia que la población general, y la sienten con mayor intensidad. La mayoría de las situaciones por las que se ha preguntado estaban relacionadas con el género, pero resulta especialmente llamativa la respuesta ante la pregunta 3: el hecho de que, a pesar de que en la población general se han incluido todo tipo de profesiones, incluyendo algunas que exigen trabajo físico, en lo referente a sentir contracturas al salir del trabajo, las expertas en género refieren sentir las con más frecuencia (las puntuaciones en todas las categorías son ligeramente superiores) y describen estas contracturas como más intensas.

En el ámbito de los *síntomas emocionales*, en tres de las cinco preguntas se observan diferencias entre ambas muestras: la población experta siente con mayor frecuencia el malestar y con más intensidad (ante un chiste machista, ante el acoso callejero o las injusticias sociales).

Sin embargo, al preguntar sobre el miedo sentido frente algunas situaciones que se desarrollan en presencia de hombres, a pesar de no existir una amenaza visible, ambas poblaciones de mujeres responden de modo similar. Esto puede tener que ver con que desde la infancia las mujeres recibimos mensajes sobre la supuesta peligrosidad de estas situaciones lo que nos hace estar más sensibilizadas al respecto. Lo mismo ocurre con la rabia ante la violencia de género.

Respecto a los *síntomas cognitivos*, ambas muestras arrojan resultados similares, lo cual podría tener que ver con un alto nivel de sensibilización social con el tema. No obstante, en lo referente a la capacidad para desconectar del trabajo durante el fin de semana, las expertas presentan mayores dificultades.

En cuanto a los *síntomas conductuales*, se observa que la muestra de expertas manifiesta más conductas de evitación que la población general. Especialmente desde que se ha legitimado desde la política ultraderechista y/o normalizado desde lo social un discurso negacionista de la violencia de género, las profesionales en este ámbito se ven constantemente cuestionadas, lo cual se visibiliza en estas conductas de evitación.

Analizando los resultados que tienen que ver con el trauma vicario, antes de realizar cualquier interpretación de los datos, es importante señalar que, aunque no se ha tenido en cuenta esta variable por la complejidad de la investigación y de la accesibilidad a las profesionales, el recurso en el que trabajen puede ser determinante, ya que el nivel de exposición difiere notablemente según se trabaje por ejemplo, en un espacio de igualdad, o en un recurso de emergencia para víctimas de trata y prostitución (donde probablemente las situaciones de violencia sean más graves y la exposición de las profesionales más repetitiva). Además, concretamente la segunda pregunta realizada (Anexo 1) hace referencia directamente a situaciones de violencia sexual, a las que probablemente no todas las profesionales hayan sido expuestas.

El hecho de que los años de experiencia no influyan en el resultado del nivel de desgaste o estrés postraumático secundario podría deberse al hecho mencionado en el párrafo anterior, a diferencias individuales de personalidad, o a su propia historia personal o sensibilización previa respecto a la violencia de género e igualdad. Tampoco se han tenido en cuenta los factores de protección de cada profesional. Este resultado es coherente con la literatura científica revisada; estudios que señalan a factores sociodemográficos, sociales y organizacionales (turnos, horarios, sobrecarga) como determinantes o influyentes del nivel de desgaste profesional.

Respecto al tipo de profesión parece lógico pensar que las más afectadas sean las trabajadoras sociales y psicólogas, seguidas de las educadoras y por último aquellas que en el desarrollo de su actividad no requieren saber en profundidad las historias personales de las mujeres atendidas. Las trabajadoras sociales puntúan más alto que las psicólogas a pesar de que estas últimas, probablemente profundizan más en el detalle de las historias de violencia para el tratamiento posterior del trauma. Sin embargo, las trabajadoras sociales suelen ser el primer filtro de los recursos de mujeres, y deben escuchar mayor cantidad de relatos personales. Además, no sólo observan el daño psicológico de las mujeres; en muchos casos también tienen conocimiento de la situación precaria y vulnerable en la que se encuentran. Otra hipótesis que podría explicar esta puntuación superior en las trabajadoras sociales sería presuponer que las psicólogas, por su formación, disponen de más herramientas para poder manejar las emociones que provoca la escucha de historias y vivencias traumáticas de las mujeres, o que, al acompañar en la víctima en el proceso de recuperación, dicho proceso contribuye también a una mejor asimilación del hecho traumático en la profesional.

La categoría "Otras" puntúa bastante más alto que ninguna, pero teniendo en cuenta el tamaño de esta muestra y la variabilidad de profesiones incluidas en ella, este resultado no es significativo.

En cuanto a la supervisión un 40%, porcentaje bastante alto, considera que es insuficiente, en un trabajo de tanta responsabilidad y carga emocional.

Más notorio es el resultado respecto a la satisfacción con la remuneración del empleo: llama la atención que sólo el 23,1% considera que tiene un sueldo acorde al trabajo realizado. Analizando este grupo se observa que el 41% pertenecen a categorías profesionales del tipo “administrativas” o “auxiliares educativas”, que en principio tendrían menos riesgo de desgaste por empatía al no tener que escuchar tan directamente las historias de violencia. Además este grupo puntúa relativamente bajo en los síntomas de estrés postraumático secundario según nuestra escala (un 8, 2 de media) y el 75% de este grupo tiene menos de 10 años de experiencia.

Por tanto, hay una mayoritaria insatisfacción con la remuneración percibida y lo que es más, un porcentaje muy alto cree que nunca llegará a obtener una remuneración que considere ajustada a las exigencias y riesgos laborales. Hay que señalar que la mayoría de los recursos seleccionados se gestionan de manera indirecta por parte de la Administración Pública, es decir, se realizan contratos con empresas privadas, que se convierten en adjudicatarias del servicio durante algunos años. Vencido este plazo, el proyecto sale nuevamente a concurso provocando habitualmente cambios de empresa, de condiciones laborales y consecuentemente de plantilla. Es probable que todo esto influya de forma negativa en la motivación y en el bienestar de las profesionales.

Por otro lado, atendiendo a los datos obtenidos, a las trabajadoras del sector de género les resulta más difícil desconectar del ámbito laboral en su tiempo de ocio, que a otras personas que desarrollan su actividad profesional en otras áreas, lo cual incrementaría los efectos de la exposición.

Conclusiones

En los últimos años, la literatura científica ha comenzado a visibilizar los riesgos emocionales de algunos tipos de trabajos. Se ha puesto el punto de mira en el campo de la salud: medicina, enfermería, oncología... No tanto es así con las profesiones como psicología o trabajo social.

Poniendo el foco en los riesgos asociados a dichas profesiones, este trabajo concluye:

1. Trabajar en género hace que algunas situaciones del día a día generen respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales percibidas como negativas y perjudiciales para la salud de las profesionales. Se ha comparado una muestra de 80 expertas en género y otra de 80 mujeres que desarrollan su labor en otros ámbitos, observando que las primeras muestran una mayor frecuencia de aparición de síntomas fisiológicos, emocionales y conductuales, así como mayor intensidad en los mismos. No ocurre lo mismo con los síntomas cognitivos acerca de los que se ha preguntado; en este caso las respuestas no se distancian tanto entre ambas poblaciones. Esto puede deberse a que la población general está bastante sensibilizada con la violencia de género y son capaces de identificar más fácilmente los pensamientos al respecto (síntomas cognitivos).

2. Los efectos derivados de trabajar en violencia son visibles atendiendo al número de síntomas relacionados con el estrés postraumático secundario reportados por parte de las profesionales entrevistadas. Las trabajadoras sociales muestran de media mayor sintomatología, seguidas por las psicólogas, educadoras, auxiliares educativas y por último por las administrativas. Por las características de estas profesiones tiene sentido que las que mayor exposición tienen a las historias de violencia presenten mayor sintomatología.
No se ha encontrado correlación entre el tiempo de experiencia laboral y el número de síntomas reportados. Esto puede indicar que hay más variables implicadas en el proceso de desgaste por empatía además del tiempo de exposición.
3. Existen malestares asociados al trabajo en el ámbito psicosocial: Tras preguntar a la muestra experta de 80 personas, se concluye que un 78,7% de las entrevistadas considera que su sueldo no es acorde al trabajo realizado, y un 85,90% de estas personas cree que nunca llegara a serlo. Esta falta de reconocimiento económico contribuirá negativamente a su salud emocional y probablemente generará mayor un síndrome de burnout. Así mismo, un 40% considera que la supervisión y el apoyo de sus superiores en el trabajo no son suficientes.

A la vista de estos resultados, concluimos que el trabajo en género y en violencia de género es especialmente desgastante; en primer lugar por la imposibilidad de desconectar al salir del trabajo y en segundo lugar por la carga emocional soportada.

No obstante, para poder identificar los factores que inciden en la aparición de la sintomatología relacionada con el estrés postraumático secundario, se valora necesario continuar estas líneas de investigación, tratando de superar las dificultades de acceso a muestras significativas de profesionales de este sector y manejando mayor número de variables relativas a las características de los puestos de trabajo o los factores de protección existentes. Así mismo, este estudio presenta notables limitaciones para establecer un diagnóstico de trauma vicario, ya que sólo se ha preguntado acerca de algunos síntomas relacionados con dicho problema que se han establecido como habituales en unos grupos focales determinados. Probablemente realizando preguntas más generales y estandarizadas relacionadas con dicho síndrome de estrés postraumático secundario, se obtendrían resultados diferentes.

Referencias bibliográficas

- ARÓN, ANA MARÍA Y LLANOS, M^a TERESA (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 20 (1-2), 5-15.
- BAKKER, ARNOLD; VAN VELDHoven, MARC & XANTHOPOULOU, DESPOINA (2010). Beyond the demand-control model: Thriving on high job demands and resources. *Journal of Personnel Psychology*, 9(1), 3-16.

- BARUDY, JORGE (1999) *Maltrato infantil: ecología social, prevención y reparación*. Santiago de Chile: Galdoc.
- CANET BENAVENT, ENCARNA y GARCÍA CUENCA, ESPERANZA. (2006). El síndrome de burnout en profesionales que trabajan en violencia de género. *Servicios Sociales y Política social*, 75(1), 89-104.
- CASTILLO RAMÍREZ, SISY (2001). El síndrome de "Burn Out" o síndrome de agotamiento profesional. *Medicina Legal de Costa Rica*, 17(2), 11-14.
- CAZABAT, EDUARDO H. (2002) *Desgaste por empatía*. Argentina: Intersalud. Recuperado de: <http://www.psiquiatría.com/articulos/ansiedad/estres/6185>
- CUARTERO, ELENA (2018). *Estudio de la prevalencia del desgaste por empatía en trabajadores sociales de centros de servicios sociales de Mallorca* [Tesis de doctorado, Universitat de les illes Balears]. Tesis en acceso abierto en RepositoriUIB.
- DUTTON, MARY ANN and RUBINSTEIN, FRANCINE. (1995). Working with People with PTSD: Research Implications. In C.R. Figley (Ed.). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (pp 82-100). New York: Brunner/Mazel.
- ELIZUR, AVNER & ROSENHEIM, EVAN. (1982). Empathy and Attitudes among Medical Students: The Effects of Group Experience. *Journal of medical education*, 57 (9), pp 675-683.
- EMANUEL, LINDA; FERRIS, FRANK; VON GUNTEN, CHARLES and VON ROENN, JAMIE. (2011). Combating compassion fatigue and burnout in cancer care. *EPECO: Education in Palliative and End-of-Life Care for Oncology. Module, 15*.
- FIGLEY, CHARLES (1995). *Compassion fatigue: Secondary Traumatic Stress Disorders from Treating the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- FIGLEY, CHARLES (2002). *Treating compassion fatigue*. Philadelphia: Brunner/Rutledge.
- GUY-SHEFTALL, BEVERLY. (1995). *Words of fire: An anthology of African-American feminist thought*. New York: The New Press.
- KAM-SHING, YIP (2006). Self- reflection in Reflective Practice: A note of Caution. *The British Journal of Social Work*, 36 (5), 777-78
- KARASEK, ROBERT A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 24, pp 285-308.
- KARASEK, ROBERT A. & THEORELL, TORES (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. London: Basic Books
- KOVALSKYS, JUANA y GÓMEZ, ELENA. (2000) Cultura de la violencia: Su impacto invisible en el paciente y en el vínculo terapéutico. En Vilches, Oriana. *Violencia en la cultura: Riesgos y estrategias de intervención*. Santiago: Ediciones Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- LANDER, NEDRA & NAHON, DANIELLE. (1995). Danger or opportunity: Countertransference in couples therapy from an Integrity Therapy perspective. *Journal of Couples Therapy*, 5(3), 79-92
- DUBLIN, LOUIS & SPIEGELMAN, MORTIMER. (1947). The longevity and mortality of American Physicians, 1938-1942: A preliminary report. *Journal of the American Medical Association*, 134(15), 1211-1215.

- LLOYD, CHRIS; MCKENNA, KRYSS & KING, ROBERT. (2005). Sources of stress experienced by occupational therapists and social workers in mental health settings. *Occupational therapy international*, 12(2), 81-94.
- MACDONALD, JESSICA (2004.) *Salud Mental y violencia intrafamiliar, ruptura con el paradigma tradicional de salud mental y propuesta de autocuidado para las personas que atienden situaciones de violencia intrafamiliar*. San José: Ministerio de Salud de Costa Rica/ OPS/ OMS.
- MASLACH, CHRISTINA & JACKSON, SUSAN (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behaviour*, 2 (2), 99-113
- MASLACH, CHRISTINA. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Reprinted in 2003; Cambridge, MA: Malor Books.
- HERMAN, JUDITH. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- MIRET, CARLES y MARTÍNEZ LARREA, ALFREDO. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales del sistema sanitario de navarra*, 33, 193-201.
- MORALES, GERMÁN; PÉREZ JANET CAROLA & MENARES, MARÍA ALEJANDRA (2003). Health care of emotional processes and risk in professionals working with human suffering. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 9-25.
- MUNROE, DONNA J. (1990). The influence of registered nurse staffing on the quality of nursing home care. *Research in Nursing and Health*, 13 (4), 263-270.
- MURILLO, P. (2001). El autocuidado en los psicólogos clínicos de Costa Rica: Cognitivas, conductuales y emocionales. *Costa Rica: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica*.
- MYERS, DIANE GARAVENTA & WEE, DAVID. F. (2002). *Strategies for Managing Disaster Mental Health Worker Stress*. New York: Brunner-Routledge.
- OJEDA, TERESA. (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.
- PEARLMAN, LAURIE ANNE & MAC IAN, PAULA. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional psychology: Research and practice*, 26 (6), 558.
- PEIRÓ, JOSÉ MARÍA (1993) *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.
- PÉREZ-VIEJO, JESÚS MIGUEL y MONTALVO-HERNÁNDEZ, ANA (2010). *Violencia de género. Prevención, detección y atención*. Madrid: Grupo 5.
- PINES, AYALA MALACH. (1983). *Burnout*. London: Routledge
- SAAKVITNE, KAREN W. and PEARLMAN, LAURIE ANNE (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. New York: WW Norton & Co.
- SANTANA, ALEJANDRA ISABEL and FARKAS, CHAMARRITA (2007). Selfcare strategies in professional teams that work in child maltreatment. *Psyche [Santiago]*, 16 (1), 77-89.
- SCHAUBEN, LAURA J. y FRAIZER, PATRICIA A. (1995) Vicarious trauma the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of women Quarterly*, 19 (1), 9-64.
- SHAY, JOSEPH J. (1992). Countertransference in the family therapy of survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(4), 585-593.

- SIEGRIST, JOHANNES (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- SMITH, KIRSTEN P. and NICHOLAS A. CHRISTAKIS. (2008). "Social networks and health." *Annual Review of Sociology*, 34, 405-429.
- VAN HEUGTEN, KATE (2011). *Social work under pressure: how to overcome stress, fatigue and burnout in the workplace*. London: Jessica Kingsley Publishers
- WARNER, HERBERT. (2014). *Stress, Burnout, and Addiction in the Nursing Profession*. London: Exlibris Corporation.

Anexo 1

Preguntas del cuestionario elaborado para comparar población experta y población general

Fisiológico	Cuando estoy en un ambiente distendido y alguien comenta de manera neutra una noticia referente a violencia de género siento tensión.
	He tenido sueños relacionados con cosas del trabajo que me han generado malestar.
	Al salir del trabajo noto contracturas y tensión muscular.
	Experimento sensaciones de malestar (inquietud, nudo en el estómago, aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración...) cuando algún amigo o amiga comienza con el discurso de las denuncias falsas por violencia de género.
	Cuando escucho una noticia de violencia de género se me forma un nudo en la garganta o en la boca del estómago y siento ganas de llorar.
Emocional	Siento malestar cuando escucho un chiste machista.
	Me molesta cuando me gritan un piropo por la calle.
	Siento irritabilidad ante situaciones de injusticia social.
	Hay determinadas situaciones que se desarrollan en presencia de hombres (caminar sola por la noche, coger un taxi...), en las que siento miedo a pesar de no existir una amenaza visible.
	Siento rabia y/o tristeza cuando veo en las noticias o leo sucesos relacionados con violencia de género.
Cognitivo	Una amiga ha conocido un chico u tiene una cita con él. Tiendo a desconfiar del chico.
	Al escuchar una discusión de pareja por la calle en la que se sube un poco el tono de voz, me pongo alerta pensando que el chico puede ser un agresor.
	Cuando discuto con mi pareja o compañe@ sentimental, si levanta el tono de voz o me dice algo desagradable me pongo alerta y me vienen pensamientos muy negativos.
	Es fin de semana y no puedo desconectar del trabajo.
	Fantaseo con ayudar o salvar a personas en diferentes situaciones.
Conductual	Evito compartir publicaciones referentes a igualdad de género en mis redes sociales por miedo a la reacción de algunos de mis contactos.
	Cuando me preguntan a qué me dedico, evito dar detalles de mi trabajo anticipando la reacción de la otra persona o los comentarios que van a realizar.
	Evito expresamente ver el telediario o programa en los que se van a analizar casos mediáticos referentes a violencia de género.
	Evito hablar sobre noticias relacionadas con violencia de género en mi entorno para no exponerme a posibles comentarios que me desagradan.
	Evito quedar con amistades machistas.

Preguntas dirigidas a expertas en género como ejemplo de síntomas relacionados con el trauma vicario:

1. Cuando en una película aparecen escenas violentas, mi mente tiende a conectar con escenas desagradables provenientes del ámbito laboral.
2. Cuando mantengo relaciones sexuales, me vienen imágenes o pensamientos de violencia sexual.

3. Tengo pesadillas conectadas con casos (personas o situaciones) que he atendido en el trabajo.
4. Hay cambios en mi estado de humor o emocional (irritabilidad, apatía, tristeza) cuando he atendido algún caso especialmente grave que se mantienen una vez finalizada la sesión incluso fuera del horario laboral.
5. Estoy en un ambiente de ocio, distendido, y alguien hace un comentario neutro de cualquier tema que me trae a la cabeza un caso desagradable de trabajo.