

Autocuidado de los profesionales que trabajan en la erradicación de la violencia de pareja

Self-care of those who work to eradicate gender-based violence

Isabel Gomà-Rodríguez^{1*}, Leonor María Cantera¹, Jolison Pereira da Silva²

¹ Grupo de Investigación VIPAT, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

² Universidad Federal de Sergipe, Brasil

*isabel.goma@gmail.com

Recibido: 23-febrero-2017

Aceptado: 9-marzo-2018

RESUMEN

La violencia en la pareja es un problema complejo que afecta no sólo a quienes la padecen; sino a quienes trabajan para erradicarla. El objetivo de esta investigación es conocer las formas de autocuidado empleadas por quienes trabajan para erradicarla y la función que cumplen. Se fundamenta en el concepto de autocuidado y en los riesgos psicosociales de estas profesiones. La metodología utilizada fue cualitativa, para ello se entrevistó a seis profesionales. Los resultados muestran que el autocuidado cumple funciones de desconexión, drenaje, aumento del bienestar e integración de las vivencias del ámbito laboral. Sin embargo, aunque existe un amplio abanico de acciones que contribuyen al autocuidado, éste resulta insuficiente, pues hay algunas barreras que lo impiden. Se propone un modelo descriptivo de estas barreras, donde se destaca la invisibilización de las repercusiones que se sufren. Se recomienda investigar con mayor profundidad los factores de autocuidado hallados, así como las barreras y sean tenidos en cuenta tanto en la realización de programas de intervención y prevención, como en la formación de los/as futuros/as profesionales.

Palabras clave: autocuidado; grupos profesionales; riesgos laborales; violencia en la pareja

ABSTRACT

Gender-based violence is a complex problem that also affects those who work to eradicate it. The aim of this research is to learn about the various forms of self-care being used by workers and their purpose. It is based on the concept of self-care and on the psychosocial risks of these professionals. The methodology used was qualitative, for which six professionals were interviewed. The results show that self-care works as a mechanism for disconnection, drainage, increase well-being, and integration of labor experiences. However, although there is a wide range of actions that contribute to self-care, it is insufficient, as there are some barriers that prevent it. We propose a descriptive model of these barriers, highlighting the invisibility of the repercussions suffered. We recommend to investigate more deeply the self-care factors found as well as the barriers, and to take them into account both in the implementation of intervention and prevention programs and in the training of future professionals.

Keywords: gender-based violence; professionals; psychosocial risks; self-care

Cómo citar este artículo: Gomà-Rodríguez, I., Cantera, L. M., Pereira da Silva, J. (2018). Autocuidado de los profesionales que trabajan en la erradicación de la violencia de pareja. *Psicoperspectivas*, 17(1). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue1-fulltext-1058>



Publicado bajo licencia [Creative Commons Attribution International 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Gracias al trabajo continuo de diferentes personas y colectivos, la violencia en la pareja se ha ido visibilizando cada vez más en las últimas décadas. En el Estado español, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Jefatura de Estado. Gobierno de España, 2004), y las consiguientes leyes autonómicas junto con iniciativas privadas y locales, han fomentado la creación de nuevas instituciones e infraestructuras cuya finalidad es erradicar dicha violencia. Junto con ellas han aparecido las y los profesionales que se ocupan de atender al colectivo afectado por esta violencia, proporcionando orientación, apoyo y protección.

El perfil de los/as profesionales es diverso y se encuentran en diferentes ámbitos: casas de acogida, líneas telefónicas, centros de urgencia, asociaciones, ámbitos administrativos, judiciales, policiales, entre otros. La ayuda que proporcionan también es de índole diversa, respondiendo a su formación y/o puesto de trabajo, tales como, por ejemplo, asesoría jurídica, contención telefónica, psicoterapia, orientación, y protección. Sin embargo, la realización de este tipo de trabajo tiene una serie de implicaciones específicas. De forma creciente surgen evidencias respecto a que trabajar con esta población tiene una serie de implicaciones específicas que repercuten, también a diferentes niveles, en estas y estos profesionales (Arón, & Llanos, 2004; Bernad, Pérez, Díaz, García, & Villagrasa, s.f.; Cazabat, 2010; Coles, et al., 2013; Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social, 2011; García, 2014; Iliffe, & Steed, 2000; Morgan, 2005; Ojeda, 2006; Quiñones, Cantera, & Ojeda, 2013). Una solución para mejorar la situación de este grupo profesional sería llevar a cabo el autocuidado más adecuado a los riesgos laborales que sufren. De esta forma no sólo podrían mejorar su salud, sino también optimizar los recursos institucionales así como la calidad de los servicios ofrecidos.

Los riesgos laborales de tipo psicosocial son de los más relevantes en relación al resto de factores de riesgo para la salud (Leka, & Cox, 2008; Leka, Griffiths, & Cox, 2004). Según afirma Rubio, citado por García (2014) “Hoy en día existe un rotundo convencimiento de que las características organizacionales y laborales tienen una clara incidencia sobre la salud mental de los trabajadores” (p. 17) y “el trabajo es la principal causa de estrés en la vida de las personas, más que los problemas financieros o las deudas” (*Mind for better mental health*, s.f., citado por García 2014, p.17). Por lo tanto es relevante velar por que los lugares de trabajo sean saludables (De Vicente, & Villamarin, 2015), con mayor razón si se considera la actual carencia de atención respecto a este tipo de riesgos (De Vicente, & Castilla, 2015; World Health Organization [WHO], 2014). Cabe añadir que la carta de Ottawa sobre la promoción de la salud (WHO, 1996) otorga gran

importancia a la salud laboral como uno de los factores clave que influyen en la salud de las personas y de la sociedad en su conjunto.

Algunos estudios señalan, de forma específica, como riesgos laborales psicosociales especialmente relevantes, el contenido impactante, a nivel emocional, de las historias de violencia narradas por las usuarias, la empatía que requiere como profesional tratar las personas afectadas por dicha violencia, o la importancia de la motivación en el o la profesional que realiza este trabajo (Coles, Dartnall, & Astbury, 2013; Iliffe, & Steed, 2000; Morgan, 2005; Ojeda, 2006). Estas implicaciones, de no ser tenidas en cuenta provocan una serie de repercusiones en el colectivo de profesionales a distintos niveles: personal (psicológico, conductual y físico), social y laboral (Arón, & Llanos, 2004; Bernad, Pérez, Díaz, García, & Villagrasa, s.f.; Cazabat, 2010; Coles, et al., 2013; Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social, 2011; García, 2014; Iliffe, & Steed, 2000; Morgan, 2005; Ojeda, 2006; Quiñones, Cantera, & Ojeda, 2013).

A nivel personal pueden surgir sentimientos de frustración, tristeza, rabia, impotencia, malestar. Pueden sufrir síntomas psicosomáticos y enfermedades. La agresividad puede verse aumentada, y puede aparecer también estrés laboral, el síndrome de desgaste profesional o burnout (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001), traumatización vicaria o secundaria (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez, 2004) y otros trastornos físicos y psicológicos (Arón, & Llanos, 2004; Bernad, et al., s.f.; Coles, et al., 2013; Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social, 2011; García, 2014; Iliffe, & Steed, 2000; Morgan, 2005; Ojeda, 2006).

A nivel laboral, los equipos pueden traumatizarse y surgir malas relaciones entre compañeros y/o jefaturas, la calidad de la atención a usuarias se ve disminuida y aumentan las bajas y el ausentismo laboral. Incluso puede existir violencia en el trabajo y sus consiguientes efectos perjudiciales (Quiñones, et al., 2013).

A nivel social se puede producir aislamiento, ruptura con relaciones y cambios en las relaciones existentes (Goldblatt, Buchbinder, Eisikovits, & Arizon-Mesinger, 2009; Iliffe, & Steed, 2000). De hecho, este colectivo como servicio de protección social junto con el personal de servicios de emergencia, según Stamm citado en Moreno-Jiménez, et al. (2004), son los grupos que están expuestos a un mayor riesgo. Así mismo, Waceols citado por García (2014), apunta que “el desgaste emocional es cualitativamente más intenso en profesionales que trabajan con víctimas de violencia o victimarios, convirtiéndolos así en equipos de alto riesgo. Implica estar expuesto en mayor grado a las consecuencias del desgaste emocional”.

Con frecuencia, los malestares causados por estrés laboral son tratados de forma individual en los centros de salud, concretamente, controlando los síntomas. Esta práctica resulta ser iatrogénica (MacDonald, 2004), puesto que por un lado se medicaliza a personas que podrían no necesitar medicación, o reducirla si se tratan las fuentes del malestar; y por otro lado, al taparse el síntoma se deja de buscar las causas de dicho malestar. Se prioriza dar una solución rápida en lugar de una solución adecuada.

El autocuidado se presenta como una forma de dar respuesta a las necesidades de estos profesionales. Aunque hay diferentes aproximaciones y definiciones de autocuidado (Arón, & Llanos, 2004; Bernad, et al., s.f.; Cantera, & Cantera, 2014; García, 2014; MacDonald, 2004; Ojeda, 2006), tomamos como referencia la proporcionada por Uribe (1999), para quien el autocuidado es:

Una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognitivas y sociales (p. 116).

Este concepto es fundamental para fomentar una cultura de promoción de la salud en su sentido más amplio. Es concebido como un concepto fruto de la construcción social y por lo tanto, relacionado directamente con el contexto social y cultural en el que nos encontramos. Se debe tener en cuenta que el autocuidado suele ser considerado como algo que sólo debe hacerse cuando uno está mal o enfermo, sin embargo, debería ser una práctica que busca potenciar siempre los aspectos más saludables de la persona y grupo y no tenerse en cuenta sólo cuando hay alguna dolencia que tratar o una enfermedad que prevenir.

Este autocuidado debe ser llevado a cabo por el o la propio/a profesional, pero no sólo por él/ella, contrariamente a lo que este concepto puede sugerir, sino que el autocuidado apela, en primer lugar, a la responsabilidad de la institución para fomentarlo y proporcionar los recursos necesarios para efectuarlo (Barudy, citado en Bernad, et al., s.f.). Así pues, es de suma importancia prevenir, tratar y resolver los riesgos y las repercusiones que surgen de trabajar para erradicar la violencia en la pareja.

Siendo escasas las investigaciones que traten el autocuidado de las personas que trabajan para erradicar la violencia de pareja, con esta investigación se pretende profundizar el conocimiento del autocuidado en este colectivo de profesionales. Para la consecución de ello se plantearon los siguientes

objetivos específicos: explorar qué tipo de autocuidado llevan a cabo quienes trabajan para erradicar la violencia, e indagar de qué forma este autocuidado les puede estar ayudando.

Metodología

Debido a que hay todavía poco cuerpo teórico en relación a esta temática concreta, se optó por realizar una investigación exploratoria para profundizar en la comprensión de la situación de este grupo profesional, basándonos en la teoría fundamentada de Glaser y Strauss (Guest, Bunce, & Johnson, 2006), considerada adecuada para generar teoría y se aconseja utilizarla especialmente en los casos en que se quiere explicar las relaciones de la conducta humana con los problemas de salud (Amezcuza, & Gálvez, 2002).

El instrumento utilizado fue la entrevista en profundidad, de tipo semi estructurado, pues esta herramienta permitía conseguir los objetivos de comprender en detalle la situación que viven estas y estos profesionales (Campo, & Gomes, 2009).

El guion de la entrevista tuvo los siguientes apartados: una introducción en donde se agradecía la participación, se leía otra vez el consentimiento informado y se explicaba el desarrollo de la misma entrevista, un segundo apartado en donde se preguntaba sobre algunos datos sociodemográficos, un tercer apartado en que se preguntaba sobre la percepción subjetiva del trabajo, un cuarto apartado sobre los efectos que percibían que tenía el trabajo sobre las participantes a nivel físico, psicológico y social, el quinto apartado exploraba el autocuidado y las estrategias de afrontamiento que utilizaban, el sexto indagaba sobre su red social y finalmente, había un cierre de la entrevista en el que también se daba espacio para agregar los comentarios que consideraran oportunos. Dentro de cada uno de estos apartados se concretaban aspectos más precisos a indagar, para contribuir a la homogeneidad del objeto estudiado.

Siguiendo a Guest, Bunce y Johnson (2006), y en concordancia con Morse (citado en Guest, et al. 2006), quienes consideran que en una investigación cualitativa el número de participantes, para obtener lo que denominan temas significativos e interpretaciones útiles, es de seis, siempre que se pregunte sobre un ámbito temático concreto con preguntas similares; que la calidad de los datos no sea pobre, y que el ámbito sobre el que se les pregunte tenga cierta homogeneidad entre los participantes. Estos tres aspectos se cumplían, así que en esta investigación se contactó un total de siete personas. Una de ellas cambió de opinión respecto a la participación en la investigación, sin que nos conste el motivo.

Finalmente, participaron en total, de seis personas, todas ellas mujeres, de edades comprendidas entre 32 y 46 años, estando la media en 39,5 años.

Los criterios de inclusión fueron: profesionales que trabajaran directamente con personas víctimas de violencia en la pareja y que fueran mayores de edad. No se especificó criterios de exclusión. Todas las participantes eran profesionales que trabajaban para erradicar la violencia de pareja, en tres servicios diferentes, dos en cada servicio, en la comunidad autónoma del País Vasco-España. Llevaban en ese puesto de trabajo entre uno y doce años, estando la media en 8.25 años, y trabajando con la temática de violencia de pareja entre nueve y veinte años, estando la media en 12.75 años. Las participantes fueron seleccionadas por disponibilidad.

Cabe señalar que una de las participantes se encontraba de baja laboral al momento de participar en la investigación. La participación en la investigación fue

de carácter voluntario, previa firma de un consentimiento informado que también fue explicado verbalmente. Tuvieron el conocimiento y la posibilidad de abandonar la investigación en cualquier momento. Las participantes permanecerán en el anonimato y sus datos serán tratados de forma confidencial. Así pues, los nombres utilizados en este trabajo son falsos.

Debido a que investigadores y participantes se encontraban en Comunidades Autónomas diferentes, las entrevistas fueron llevadas a cabo a distancia, mediante videoconferencia, utilizando como vehículo el software de comunicación Skype.

La grabación de las entrevistas se realizó mediante el sistema de grabación Recorder para el dispositivo Ipad. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de entre 45 minutos y 1h 30 min. Posteriormente, fueron transcritas mediante el software InqScribe. Las entrevistas, la transcripción y el análisis de la información fueron realizados por la misma investigadora.

Tabla 1

Categoría ámbitos de autocuidado

Subcategoría	Elementos de análisis	
1. Ámbito laboral	Tomar distancia profesional con usuarias/os Disponer de bastantes vacaciones Tener la posibilidad de hacer teletrabajo Elegir el propio horario Recibir Formación Realizar supervisiones externas en el trabajo Llevar a cabo actividades lúdicas Hablar de otros temas con el equipo cuando no se trabaja Ajustar expectativas Realizar supervisión en la terapia personal Pedir excedencia	Aproximarse a la violencia desde otras perspectivas como algo creativo, positivo Dar formación Disponer de días de libre disposición Hacer nuevas tareas dentro de la misma temática Optimizar los procesos de trabajo Visibilizar los riesgos psicosociales que sufren como profesionales Hacer los pasos necesarios para estar mejor a nivel laboral Tomar conciencia de los riesgos psicosociales
2. Ámbito personal	Realizar psicoterapia personal Reajustar la opinión respecto al género masculino Recibir formación que comporte un conocimiento y trabajo personales Darse cuenta de las propias necesidades Tener capacidad de desconexión Reducir/evitar el contacto con la violencia Relativizar Aceptar que es duro Ser una persona activa Realizar activismo social Aprender sobre autodefensa Escuchar Música Leer Dedicar tiempo al ocio en general	Estar con amistades Valorar y disfrutar lo que se tiene Tener relaciones sociales de calidad Relacionarse con mucha gente diferente Hacer planes con familia Cultivar la creatividad Hacer actividades que proporcionen energía Estar en contacto con la naturaleza Comer y descansar bien Caminar Hacer deporte Bailar, hacer danza, zumba Atender las afectaciones físicas
3. Ausencia de autocuidado	Estar sin estrategia (sobrellevar) Basarse en la autorregulación corporal	Utilizar el estrés como fuente de energía

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de la información y su categorización fueron revisados por otros dos investigadores del Grupo de Investigación VIPAT. Se analizó la información obtenida siguiendo la propuesta de codificación de la Teoría Fundamentada (Strauss, & Corbin, citado en Krenkel, et al., 2015), estableciendo tres niveles de codificación: *abierto*, en la que se identifican elementos que poseen aspectos similares; *axial*, en la que se reconstruyen los elementos identificados, encontrando categorías y subcategorías que los agrupan y, finalmente, la *selectiva*, en la que se encuentra la relación entre los elementos de análisis, las categorías y subcategorías y se pueden construir categorías más generales, las dimensiones, que engloban a las anteriores.

El fruto de este trabajo fue la obtención de una matriz de cuatro dimensiones, correspondientes a implicaciones, repercusiones, autocuidado y red social. A pesar de ello, y debido a la gran cantidad y riqueza de información obtenida, y para poder realizar un análisis con la profundidad adecuada, este artículo sólo trata sobre la dimensión: Autocuidado, debido a que se ha considerado la más relevante en cuanto a información novedosa que aporta y, a su vez, la que puede resultar de más utilidad para poder mejorar la situación de este grupo profesional. Esta dimensión está compuesta por tres categorías, ocho subcategorías y sus correspondientes elementos de análisis.

Resultados

La dimensión Autocuidado contempló los aspectos mencionados por las participantes en relación a cuidarse ellas mismas, o al cuidado que recibían por parte de la institución en la que trabajaban para erradicar la violencia en la pareja. Los resultados arrojaron que esta dimensión está compuesta por tres categorías: ámbitos de autocuidado, formas de autocuidado, y propuestas de autocuidado. Cada

categoría se desglosa en subcategorías y elementos de análisis. A continuación se presenta las categorías encontradas.

Ámbitos de autocuidado

Esta categoría hace referencia a los espacios en que las participantes ejercen o reciben autocuidado. Se reflejaron tres subcategorías: 1) ámbito laboral: Este tipo de autocuidado es aquél que se lleva a cabo en el entorno laboral, ya sea por iniciativa de la institución o de las mismas participantes. 2) ámbito personal. Hace referencia al autocuidado que se lleva a cabo fuera del ámbito laboral, es decir en el espacio y tiempo personales. Y, finalmente, 3) ausencia de autocuidado. Se refiere al ámbito en que no existe dicho autocuidado, a las conductas detectadas que compensan mínimamente las repercusiones negativas que se sufren, pero que mantienen a la persona que las utiliza en un estado límite, caracterizado por un alto nivel de estrés y de un alto consumo de recursos personales psicológicos y/o físicos.

En la Tabla 1 se muestra las tres subcategorías halladas y sus correspondientes elementos de análisis.

Formas de autocuidado

Esta categoría hace referencia a la percepción de las participantes de en qué forma o de qué manera les ayudan las formas de autocuidado mencionadas por ellas mismas (Tabla 2).

Propuestas de autocuidado

Al hablar de las implicaciones, las repercusiones y el autocuidado, las participantes incluyeron en su discurso sugerencias sobre autocuidado. Esas sugerencias conforman esta categoría y se dividen en dos subcategorías según si el ámbito en que se llevan a cabo es el laboral o institucional o bien el personal (Tabla 3).

Tabla 2

Categoría formas de autocuidado

Subcategoría	Elementos de análisis
1. Desconectar del trabajo y de su temática	Poner límites respecto a involucrarse en temas de violencia Dejar de hacer un trabajo mental Desconectar del trabajo
2. Drenar lo que se ha recibido en el trabajo	Descargar Limpiar Vaciar Soltar
3. Hacer algo para sentirse bien	Aceptar la situación Lograr distraerse Procurar centrarse en el momento presente Disfrutar, sentirse bien Descansar bien Atender a las propias necesidades
4. Integrar la experiencia laboral	Realizar terapia personal Realizar actividades o formaciones de autoconocimiento Recibir supervisión

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

En relación a los ámbitos de autocuidado, del análisis realizado se desprende que hay diferentes actividades que son efectuadas por parte de la institución o recurso donde trabajan las participantes y fueron valoradas positivamente por parte de ellas. Tener bastantes vacaciones, flexibilidad en el trabajo o disponer de algunos días de libre disposición a criterio de la propia persona contribuía a sostener mejor el trabajo, sobre todo, si el relato escuchado o la experiencia vivida las dejaban fuertemente impactadas.

‘Por un lado pienso que, intento decir ¿no? Pues relativizar, no es mi vida, es la vida de ellos. También me dejo llevar pero sé que no es mi vida (...) o [sic] ordenar y poner todos los días en una agenda lo que tengo que hacer y anotar lo que me queda pendiente para el día siguiente para tratar de sacarlo de mi pensamiento y tenerlo escrito.’ (Maika)

A pesar de las facilidades dadas por la institución, como muestra el relato de Maika, no siempre quien trabaja con la problemática de la violencia consigue tomar distancia de ella y cuidarse. Un aspecto a tener en cuenta, sobre todo porque las teorías sobre el estrés y el burnout, el mantenimiento continuado de adaptación o afrontamiento a las situaciones que generan estrés sin que los estresores disminuyan o sin que las respuestas de afrontamiento puedan neutralizarlos, favorece el desarrollo del estrés negativo, así como que se generen diferentes síntomas derivados del estrés, contribuyendo a que con el tiempo, aparezca el síndrome de burnout u otros trastornos psicológicos y/o físicos (Arón, & Llanos, 2004; Coles, et al., 2013; Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social, 2011; Fernández, 2008; García, 2014; Iliffe, & Steed, 2000; Maslach, et al., 2001; Morgan, 2005).

A pesar que las instituciones ofrecían beneficios, las participantes destacaron el uso de recursos personales

para sentirse mejor en su entorno laboral, mostrando a través de sus relatos, otro ámbito a destacar: el personal. Por ejemplo, algunas participantes adaptaban su actitud o posición ante el trabajo ajustando las expectativas a objetivos realistas o hablaban de otros temas con las compañeras en los momentos de descanso, para tomar distancia de la problemática tratada.

Llama la atención que en este ámbito todas las participantes excepto una, realizaban o habían llevado a cabo en algún momento, terapia personal. Algunas de ellas utilizaban su espacio terapéutico personal para llevar preocupaciones generadas en el ámbito de trabajo. Ejemplo de ello son los siguientes relatos:

‘Yo creo que me ha ayudado desde hace mucho tiempo, porque yo también he llevado un proceso psicoterapéutico en el año 2005, durante 8 años he estado haciendo terapia (...). Que esta terapia [sic] pues a veces también te traes del trabajo, así un poco... (...) he tenido de supervisión.’ (Raquel)

‘En terapia, sí que lo trabajo con la terapeuta. Sentimientos de tristeza y de impotencia. Yo sé que hago lo que puedo, que todo tiene un proceso, pero vivirlo, esto hay que vivirlo todos los días ocho horas al día. Y al final te va haciendo mella.’ (Iratxe)

Esto es muy significativo porque el hecho de llevar temas del trabajo a la terapia personal puede estar reflejando una necesidad no cubierta a nivel laboral.

De ser así, estaríamos ante un asunto profesional que puede estar recayendo directamente en la responsabilidad de actuación personal, delegándose de manera indirecta un exceso de responsabilización del cuidado propio a quienes trabajan para erradicar la violencia. Esto contribuye a la invisibilización de los perjuicios del trabajo contra la violencia, puesto que la responsabilidad de solucionarlos es tomada por el individuo; y de los costes que esta invisibilización conlleva a nivel económico, de salud y personales.

Tabla 3

Categoría propuestas de autocuidado

Subcategoría	Elementos de análisis	
1. Ámbito laboral/ institucional	Hacer este trabajo durante un tiempo, después cambiar (volver o no) Que haya mejores campañas publicitarias y más sensibilización sobre la violencia, no sólo física Trabajar desde otro enfoque, dando formación Recibir supervisión externa	Tener mecanismos de drenaje Recibir formación sobre autocuidado Compartir experiencias con otros ámbitos o recursos Fomentar el trabajo en equipo, fortalecerlo, apoyarlo, generar confianza
2. Ámbito personal	Perder el miedo a hacer las cosas mal Realizar un trabajo de autoconocimiento personal	Tener mecanismos de drenaje

Fuente: Elaboración propia.

También en el ámbito personal, se encontró en las narrativas de las participantes, que ellas consideran como formas de autocuidado aquellas que significan una desconexión de la temática del trabajo. Así, por ejemplo, el ocio en general formaría parte de ellas.

Mantener relaciones sociales es otro aspecto señalado, lo que según Sluzki (1998), es de gran importancia para la salud. Las relaciones aludidas son: estar con amistades, con los hijos, no aislarse. También se han considerado de forma especial las actividades que proporcionan un cuidado básico, tales como atender las afectaciones físicas, dormir y alimentarse bien, y la actividad física. El tipo de actividad concreta puede variar mucho, yendo desde pasar dos horas diarias en el gimnasio, hasta hacer danza o baile, pasando por dar paseos, hacer excursiones al monte o practicar el surf, entre otras. Es decir, cada una elige aquellas actividades que más se ajustan a sus preferencias personales y/o que les resulta más accesible. Sin embargo, es muy variable la dedicación que pueden invertir en estas actividades.

A pesar del reconocimiento de los dos ámbitos señalados previamente, también se habló de la ausencia del autocuidado. Algunas participantes no llevan a cabo ningún tipo de autocuidado o bien la frecuencia es muy baja y/o irregular. Es decir, en algunos casos existe una cierta distancia entre lo que se cree que se debe hacer a nivel personal porque se reconoce que va bien y lo que realmente se hace.

Dentro de esta subcategoría (ausencia de autocuidado) se consideran relevantes los tres elementos de análisis obtenidos: sobrellevar la situación, utilizar el estrés negativo como fuente de energía y el dejar que ocurra una autorregulación corporal, es decir que el cuerpo caiga enfermo cuando esté extenuado y después continuar, una vez efectuada la recuperación.

Estas conductas, pueden resultar peligrosas para la salud de las participantes, ya que podrían estar reforzando el continuar el estilo de vida vigente en el que no se presta atención a las propias necesidades de autocuidado. Ello llama la atención a lo que autores y autoras remarcan como importante: la toma de conciencia de las propias necesidades y el otorgarles la importancia adecuada como aspectos básicos a tratar con este colectivo (Arón, & Llanos, 2004; Coles, et al., 2013; Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social, 2011; Iliffe, & Steed, 2000; Ojeda, 2006). Maika, comenta que trata de “convertir el estrés malo en algo que me permita seguir teniendo energía, de alguna manera”, y afirma que:

‘Y luego hay veces que se me descontrola el cuerpo, tengo como un mecanismo de autorregulación que de repente un día me pongo enferma (...) por ejemplo, me da una gastroenteritis pero no es porque haya

comido algo malo, me pongo enferma. Entonces estoy dos días con una descomposición brutal, tengo fiebre, no sé qué y luego me recupero y vuelvo a empezar.’ (Maika)

Autores como Bernad, et al. (s.f.) advierten que un aspecto que puede estar influyendo en por qué no se ejerce autocuidado es el contexto cultural en que nos encontramos. En nuestra sociedad, es posible que la socialización estereotipada del cuidado haya generado que el rol femenino se ocupe más de cuidar a los otros que a una misma, lo cual podría influir de forma significativa en la forma en que se asume el propio autocuidado. El hecho que sea algo intrínseco al sistema de creencias, resultaría en quedar fácilmente invisibilizado (Colliere, citado en Uribe, 1999). En relación a este punto, Julia señala:

‘O sea, la parte cuerpo (en referencia a la práctica de actividad física) tocando cosas a temporadas, pero no me llego, no sé, no es como si me pusiera otra vez a hacer el máster de no sé qué, que me pondría a todas horas, sacaría tiempo de donde no hay, me quedaría sin dormir. No, para estas cosas siempre me cuesta más, parecen más un lujo ¿no? Me cuestan [sic] más encontrar, pero bueno, me dan mogollón de bienestar, sí.’ (Julia)

Otra forma de detectar esta contraposición del autocuidado con las creencias imperantes en el contexto social, son las contradicciones y ambivalencias que surgen en las entrevistas, ya que por un lado muestran un razonamiento lógico referido a la necesidad de auto cuidarse, y por otro lado, hay una duda, una incertidumbre sin argumentación aparente detrás, pero que está presente e impide la acción correspondiente, produciéndose así las paradojas comportamentales (De Roux, citado en Uribe, 1999), aquellos comportamientos nocivos que tienen las personas con conocimientos saludables. Por ejemplo, Sara explica: “Si hay necesidad pues te coges reducción o una excedencia... pero quieres volver realmente ¿no? Es como súper duro ¿no? Al final estás cuidando a tanta gente.”

Este ejemplo también muestra otro aspecto que queda invisibilizado y que es difícil de reconocer, por la carga emocional que conlleva, el sentimiento de culpa. Muchas de las implicaciones que comportan estos trabajos pueden acarrear como consecuencia este sentimiento (García, 2014; Ojeda, 2006). La gran necesidad del colectivo, la dificultad de resolución de sus casos, la falta de medios, ver que hay instituciones que no responden como deberían, la implicación de menores, son sólo algunas de las implicaciones de ejercer esta profesión que han aparecido en esta investigación y que pueden contribuir a generar un sentimiento de culpa si se hacen esfuerzos por poner límites sanos en el trabajo, o si se pretende desconectar de la temática. Incluso puede contribuir a que la propia

profesional no se permita sentirse mal, puesto que por contraste, el colectivo tratado todavía se encuentra en una situación peor. Impedirse a uno mismo percibir y acoger el propio malestar podría estar actuando como una de las principales barreras para poder ejercer un autocuidado adecuado. Un ejemplo nos lo proporciona Sara:

... ‘Dices ¿y para qué? ¿Para qué sirve? Y a veces tú no te crees muchas cosas y tienes que darle la vuelta ¿no? en muchos casos ¿no? sí sirve, sí sirve, lo que pasa es que esto va lento, va muy lento y aquí (se hace) lo que se puede. Ellas al final son las que tienen el riesgo de salir por aquí y encontrarse... vamos, que han tenido que escapar de casa.’ (Sara)

En este ejemplo podemos apreciar un sutil cambio de tema cuando se empieza a conectar con el propio malestar y la propia duda, y la participante acaba poniéndose en relación al colectivo de usuarias, que son las que realmente sufren.

En ocasiones, las participantes ven sus problemas a causa del estrés, pero no del estrés laboral o no ven la relación que tiene con éste. Tal como señala García (2014)

Los efectos de la traumatización vicaria suelen ser minimizados o negados por las y los profesionales (...). Se traduce en la naturalización o la invisibilización de los efectos, o bien, se experimentan síntomas sin identificar plenamente el motivo (p. 23).

Así, Julia nos comenta: “Dolor de cabeza sí he tenido a veces pero nunca lo he relacionado con lo del trabajo.” Respecto a esta subcategoría de “ausencia de autocuidado”, en la Figura 1 proponemos un modelo ilustrativo que pone en relación los factores que han surgido de las entrevistas y facilita la comprensión de la complejidad de este fenómeno.

En cuanto a la categoría formas de autocuidado, podemos ver que para las participantes éste ejerce cuatro funciones básicas, correspondientes a las cuatro subcategorías halladas: a desconectar del trabajo y de la temática con la que trabajan, a drenar aquello que han recibido en el ámbito laboral, a hacer algo para sentirse bien o mejor y a procesar e integrar lo vivido en el trabajo. Un ejemplo sobre el desconectar y el drenar lo muestra Iratxe:

‘El deporte me ayuda a nivel mental. (...) De vaciar todo lo que se va llenando a lo largo del día. (...) Entonces la manera de separar de manera drástica y todo eso. Vaciar, digamos, un poco la cabeza. (...) El objetivo es ir allí y cuando salgo de allí yo salgo nueva, ya no me acuerdo de nada.’ (Iratxe)

Concretamente la actividad física, es un elemento mencionado por todas las participantes y que podría contribuir al autocuidado, pudiendo realizar las diferentes funciones al mismo tiempo (García, 2014).

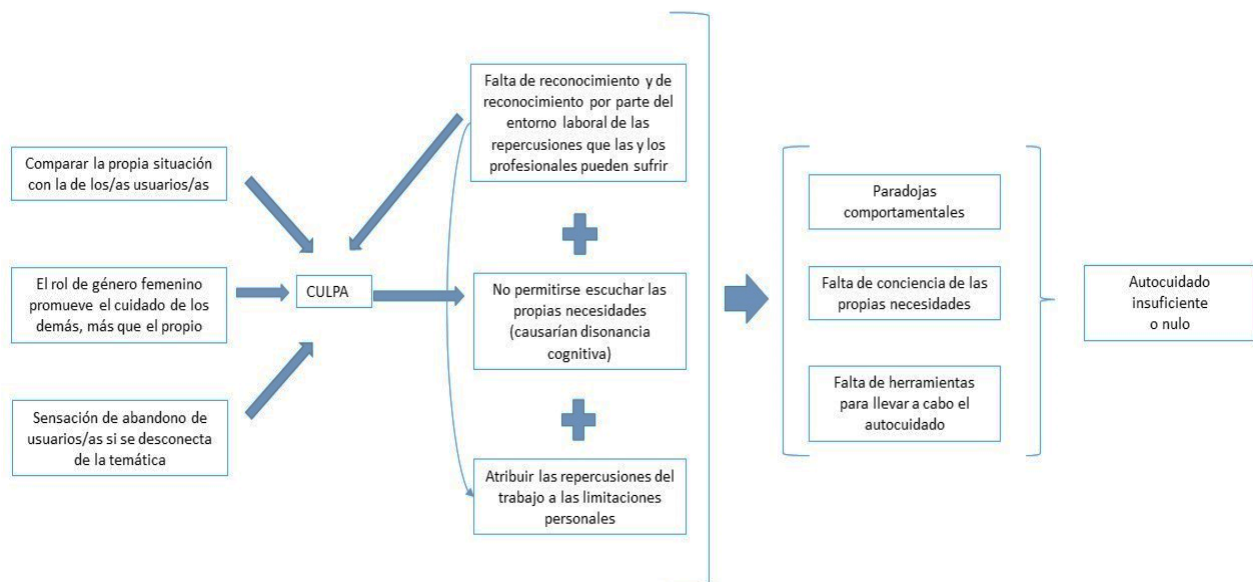


Figura 1

Barreras del autocuidado

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, la última forma de autocuidado mencionada, es el procesamiento de aquello que reciben, que viven y lo que todo esto genera en ellas a diferentes niveles, cuando trabajan para erradicar la violencia. Algunas formas de autocuidado hacen referencia a aceptar la situación, a reajustar expectativas, a hacer un trabajo personal.

En los resultados hallados sobre la categoría propuestas de autocuidado hay que destacar, en primer lugar, que todas las participantes señalaron la necesidad de llevar a cabo medidas en el propio entorno laboral, empezando, tal como la mayoría reclamó, con supervisión grupal periódica y dando espacios de recuperación y fortalecimiento al propio equipo, coincidiendo en este aspecto con diferentes autoras y autores (Arón, & Llanos, 2004; Bernad, et al., s.f.; Coles, et al., 2013; MacDonald, 2004; Ojeda, 2006).

Todas las participantes, excepto la que llevaba sólo un año en el lugar de trabajo, informaron la existencia de dificultades en su equipo y/o con las jefaturas, siendo incluso posible que hubiese violencia en el trabajo, ya que, además, éste es un colectivo que posiblemente presente cierta vulnerabilidad para absorber e incorporar la violencia a nivel laboral (Quiñones, et al., 2013). Maika señala este tema cuando explica:

‘Sería bueno que se contara como [sic] algo, algo mecánico, algo que debe ser así, con un espacio laboral de, de desahogo. O sea, que haya en el tiempo de trabajo, no sólo un descanso sino un rato, un tiempo (...) que sirva de, de recuperación al equipo (...) de desahogo, de reparación del equipo, porque el desgaste (...) de coger las vidas de uno, de otra, de otra (...) y llevarlas en la espalda, eh... al final puedes, si no encuentras la manera de, de, dejarlo aparcao [sic] y no mezclarlo con tu ser totalmente, te lleva a irte con ellas, a hundirte.’ (Maika)

Así pues, cuidar al equipo profesional como grupo podría prevenir este fenómeno y a su vez proporcionaría apoyo en diferentes aspectos: en asuntos laborales y también psicológicos para cada uno de sus componentes. A nivel laboral ayudaría a repartir responsabilidades tomando decisiones conjuntas. A nivel personal ayudaría a compartir inquietudes y dificultades y a facilitar la “ventilación” emocional, ya que los pares son las personas más adecuadas para llevarla a cabo, evitando de esta forma la saturación de las redes personales de apoyo (Arón, & Llanos, 2004). Éste aparece, pues, como un aspecto clave para el autocuidado y que no debería obviarse ni relegarse a un segundo plano.

Algunas participantes también sugirieron propuestas relacionadas con la realización de un cambio de trabajo, de enfoque o de tareas, lo cual coincide con lo que sugieren diferentes autores (Bernad, et al., s.f.; Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social, 2011). Iratxe,

concretamente hace la siguiente propuesta: “Considero que aquí trabajar tres años seguidos y luego tener que salir un año, trabajar en otra cosa y volver, porque si no, ffff, es muy difícil”. Raquel hace la siguiente observación: “Tuve una crisis, como una crisis gorda (...). En el [sic] que ahí sí que me veo como haciendo un cambio de trabajo.

Finalmente, aunque la mayoría de las sugerencias se refieren a acciones para ser llevadas a cabo a nivel laboral, institucional o interinstitucional, también algunas apelan a acciones que pueden llevar a cabo ellas mismas, como perder el miedo a hacer las cosas mal, seguir un proceso de trabajo personal, como por ejemplo terapia u otras formas de autoconocimiento.

Conclusiones

De forma global podemos afirmar que hemos ahondado en la comprensión de la situación que viven las y los profesionales que trabajan para erradicar la violencia en la pareja. En cuanto al primer objetivo específico, se ha podido comprobar que tanto en el ámbito laboral como en el personal se realizan acciones enfocadas al autocuidado y que el abanico es amplio, aunque también hayan surgido conductas destinadas a mantener el malestar y que evitan dicho autocuidado. Respecto al segundo objetivo específico, se ha observado que estas conductas de autocuidado se realizan para conseguir cuatro objetivos diferentes: desconectar, drenar, sentirse bien e integrar lo que se vive a nivel laboral.

Como aspectos relevantes que no formaban parte de los objetivos específicos pero sí del general, podemos decir que han surgido propuestas de autocuidado, siendo las principales el recibir supervisión y fortalecer los equipos profesionales. Y finalmente, pero no por ello menos importante, se han ido dibujando una serie de barreras que pueden estar impidiendo el adecuado autocuidado. Los factores que pueden estar contribuyendo a que éstas existan son, a nivel institucional, la falta de conocimientos sobre las implicaciones y repercusiones de trabajar para erradicar la violencia en la pareja y, por lo tanto, la falta de conocimiento de las formas de autocuidado necesarias para implementar en los equipos. Esto conllevaría la consiguiente falta de recursos y de políticas para llevarlas a cabo, así como la validación y el reconocimiento de lo que ocurre a los trabajadores cuando se ven afectados.

A nivel personal y social, el hecho de compararse con la situación de las víctimas atendidas, de sentirse responsable de éstas más allá de los límites laborales, la vivencia del rol femenino como cuidador y no tanto como persona que se cuida en primer lugar a sí misma, pueden contribuir a sentir culpa cuando se quiere

desconectar del trabajo y recuperarse. Los factores institucionales más los personales y sociales, podrían estar favoreciendo que el o la profesional se sienta totalmente responsable de sus malestares o incluso que deje de sentirlos y atenderlos. Sin embargo, estas hipótesis deberían ser investigadas de forma más específica y detallada.

Aunque aportar resultados concluyentes no es objeto de esta investigación, creemos que sí arroja luz sobre una realidad que puede estar dándose en el grupo profesional estudiado. Por ello, es necesario que se continúe la investigación en esta dirección.

Sin embargo, al finalizar este estudio nos surgen nuevas preguntas: ¿Por qué motivo trabajar con personas afectadas por la violencia en la pareja repercute de forma tan importante en los y las profesionales que las atienden? ¿Acaso es por ir a contracorriente debido al cuestionamiento continuo de la sociedad patriarcal actual? ¿Es la violencia algo tan complejo y dañino que afecta a su entorno como una onda que se expande, aunque cada vez que avanza su fuerza sea más débil? ¿Está mal visto socialmente que las personas se cuiden cuando sienten que lo necesitan, y por otro lado se ofrece una visión más positiva hacia aquellas personas que se sacrifican en su lugar de trabajo? ¿En qué momento se reconocen y validan los malestares de las y los trabajadores? Y sean cuales sean las causas de estas circunstancias, ¿Qué pueden hacer las instituciones en las que trabajan estos profesionales? ¿Qué cambios deberían hacer los mismos profesionales? ¿Otras entidades o instituciones deberían participar de estas mejoras? Todas ellas, y otras más, son preguntas que necesitarán más investigaciones para ser resueltas. A partir de los resultados obtenidos, vemos plausible hacer las siguientes recomendaciones.

A nivel político, se debería impulsar acciones donde los órganos y tratados internacionales referentes a la erradicación de la violencia en la pareja incluyeran el cuidado del colectivo profesional que trabaja para erradicarla. Por ejemplo, sugeriríamos que la sección de las Naciones Unidas dedicada a la mujer (UN Women, 2018), incluya en su cartera de servicios la monitorización de la salud de los equipos profesionales así como su cuidado. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS), agencia de las Naciones Unidas, prestan atención al cuidado de los profesionales de una forma más genérica (Leka, et al., 2004; Leka, & Cox, 2008, WHO, 2014) entendemos que es importante unir y visibilizar la relación entre el tipo de trabajo llevado a cabo y las repercusiones que se pueden sufrir.

Otra sugerencia de cambio, también a nivel político, sería modificar el artículo 15 del *Consejo del tratado de Europa sobre prevenir y combatir la violencia contra la*

mujer y la violencia doméstica (Council of Europe, 2011), y en vez de tratar solamente sobre la formación de los profesionales, que también trate de su cuidado; en vez de tener como título *Formación de profesionales*, pasaría a llamarse *Formación y cuidado de los profesionales*. Los contenidos de estos nuevos apartados harían referencia al impulso de la investigación en este campo, así como a las medidas a tomar, teniendo en cuenta los estudios realizados y los programas que sí se están llevando a cabo, aunque todavía son escasos. Estos cambios políticos a nivel global e internacional producirían los reajustes consecuentes en las políticas a nivel estatal y también en los programas realizados por organizaciones no gubernamentales (ONGs).

A nivel institucional y de ONGs, programas tan útiles como los desarrollados en distintos países (sirva de ejemplo los dirigidos por el colectivo Las Dignas (Las Dignas, 2017) en El Salvador), podrían añadir un apartado de cuidado de los y las profesionales, visibilizando así la importancia de aplicar y promover dichos cuidados en este colectivo. Las intervenciones a realizar podrían estar en la línea de lo que ya están llevando a cabo personas como Ana María Arón en Chile (Aron, & Lorion, 2003; Arón, & Llanos, 2004; Arón, 2016) o Fina Sanz en México (Sanz, 2016). Éstas y otras buenas prácticas deberían compartirse entre instituciones para, de esta forma, hacerlas extensivas. Otras acciones que deberían ser realizadas son conocer, visibilizar y proporcionar información sobre las implicaciones y repercusiones de trabajar atendiendo a personas afectadas por la violencia en la pareja; proporcionar formación continuada sobre el autocuidado; proporcionar supervisión, espacios de recuperación y fortalecimiento grupal a los equipos, e incluir en la cultura de la institución la legitimización de los malestares que se producen.

A nivel educativo, cabría incluir módulos de autocuidado en las formaciones de los y las futuros/as profesionales que trabajarán en este ámbito. A nivel personal, abogar por la inclusión del autocuidado a nivel institucional y en la medida de lo posible, tomar conciencia de las propias necesidades, formarse y actuar para efectuar un mejor autocuidado. De forma transversal, tomar conciencia del alcance de los efectos de la violencia y también cuestionar qué aspectos entran en juego en cuanto a los roles de género, así como los significados existentes y los valores atribuidos al hecho de ser responsable, cuidar y ser profesional, por poner algunos ejemplos.

Responsabilizarse y tratar de mejorar la situación de este grupo profesional sin duda revertirá en una mejora de la salud de los y las profesionales, así como en una optimización de los recursos de las instituciones y en una mejor atención para las y los usuarios.

Referencias

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2015). Trabajos saludables-Gestionemos el estrés. Galardones a las buenas prácticas de la campaña "Trabajos Saludables" 2014-2015. Santiago de Compostela, España: AESST. <https://doi.org/10.2802/41603>
- Amezcu, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Arón, A. M., & Llanos, M. T. (2004). Cuidar los que cuidan: Desgaste Profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 1(2), 5-15.
- Bernad, M. J., Pérez, J., Díaz, E., García, C., & Villagrasa, V. (s.f.). *Cuidado y autocuidado de los profesionales de intervención directa*. Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón. <http://studylib.es/doc/5008788/cuidado-y-autocuidado-de-los-profesionales-de-intervenci%C3%B3n>
- Campoy, T. J., & Gomes, E. (2009). Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. En A. Pantoja, (Ed.), *Manual básico para la realización de tesis, tesis y trabajos de investigación* (pp. 273-300). Madrid, España: EOS.
- Cantera, L. M. (2005). Violencia en la pareja: Fenómenos, procesos y teorías. En T. Sanchez (Ed.), *Maltrato de género, infantil y de ancianos* (pp. 55-94). Salamanca, España: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Cantera, L. M., & Cantera, F. M. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-fulltext-406>
- Cazabat, E. H. (2010). *Desgaste por compasión*. 2-5. Disponible en <http://www.oocities.org/hotsprings/9052/cf.htm>
- Coles, J., Dartnall, E., & Astbury, J. (2013). "Preventing the pain": When working with family and sexual violence in primary care. *International Journal of Family Medicine*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/198578>
- Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social. (2011). *Guía metodológica para la atención del desgaste profesional por empatía (Síndrome del Burnout)*. Disponible en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/edomex_meta5_2011.pdf
- De Vicente, A., & Castilla, C. (2015). Las empresas españolas no cuentan con personal especializado en la gestión de los riesgos psicosociales en el trabajo-Encuesta Esener. *Infocop Revista de Psicología*, 69, 17-18. Disponible en <http://www.cop.es/infocop/pdf/2537.pdf>
- De Vicente, A., & Villamarín, S. (2015). Por unos lugares de trabajo saludables con empleados felices y eficaces-nueva guía del NICE. *Infocop Revista de Psicología*, 70, 35. Disponible en <http://www.cop.es/infocop/pdf/2584.pdf>
- Fernández, J. (2008). Alegría en la adversidad: El análisis de los factores que mantienen las emociones positivas en situaciones aversivas. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 217-228). Madrid, España: Pirámide.
- García, S. (2014). *Promoción del autocuidado desde el cuerpo: La importancia del cuerpo en el autocuidado en equipos profesionales*. México, D. F.: Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C. <http://repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/2722>
- Goldblatt, H., Buchbinder, E., Eisikovits, Z., & Arizon-Mesinger, I. (2009). Between the professional and the private: The meaning of working with intimate partner violence in social workers' private lives. *Violence Against Women*, 15(3), 362-84. <https://doi.org/10.1177/1077801208330436>
- Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Iliffe, G., & Steed, L. G. (2000). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(4), 393-412. <https://doi.org/are.uab.cat/10.1177/088626000015004004>
- Jefatura del Estado, Gobierno de España (2004). *Ley de protección contra la violencia de género 1/2004*. Boe (pp. 42166-42197). Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Krenkel, S., Ojeda, C. L., Cantera, L. M., Silveira, S., Cunha, C. (2015). Resonances arising from sheltering in the family dynamics of Brazilian women in situations of violence. *Universitas Psychologica*, 14(4), 1245-1258. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-4.rdad>
- Leka, S., & Cox, T. (2008). *Guidance on the European framework for psychosocial risk management*. Disponible en http://www.who.int/occupational_health/publications/PRIMA-EF_Guidance_9.pdf
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés. *Serie Protección de la Salud de los Trabajadores*, 3, 1-37. Disponible en

- http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
- MacDonald, J. (2004). *Salud mental y violencia intrafamiliar*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud. Disponible en <http://genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=186>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: El coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2), 215-231.
- Morgan, M. C. (2005). *Género y autocuidado: guía de autocuidado para los prestadores y prestadoras de servicios de salud en relación con la violencia intrafamiliar*. Ciudad de Panamá, Panamá: Organización Panamericana de la Salud.
- Ojeda, T. E. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 1(52), 21-27. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol52_n1/pdf/a05v52n1.pdf
- Quiñones, P., Cantera, L. M., & Ojeda, C. L. (2013). La violencia relacional en contextos laborales. En L. M. Cantera, S. Pallarès, & C. Selva (Eds.), *Del malestar al bienestar laboral* (pp. 135-155). Barcelona, España: Amentia Editorial.
- Sluzki, C. E. (1998). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 109-118. Disponible en <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16870/14608>
- World Health Organization (WHO). (1996). The Ottawa charter for health promotion. Ottawa, Canada: WHO. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization (WHO). (2014). Second European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER-2) Main findings, 1-8. Disponible en https://osha.europa.eu/sites/default/files/ESENER2-Overview_report.pdf