



ARTÍCULO ESPECIAL

Impacto de la atención a las víctimas de violencia de género en los y las profesionales de la salud



María del Carmen Fernández Alonso ^{a,*}, Cristina Polo Usaola ^b y Paula Casas Rodríguez ^c

^a Medicina de Familia y Medicina Interna, Experta en Violencia de Género y Salud y Género

^b Centro de Salud Mental de Hortaleza, Servicio de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^c Centro de Salud Laguna de Duero, Valladolid, España

Recibido el 23 de octubre de 2023; aceptado el 13 de diciembre de 2023

Disponible en Internet el 2 de febrero de 2024

PALABRAS CLAVE

Impacto emocional;
Violencia contra la mujer en la pareja;
Violencia de género;
Trauma vicario;
Burnout;
Atención Primaria

Resumen Los y las profesionales que trabajan con mujeres víctimas de violencia de género se enfrentan con situaciones emocionales difíciles, y es importante ser consciente de las emociones y sentimientos que generan las actitudes y comportamiento de las mujeres y sus agresores, porque pueden convertirse en barreras para la comunicación y afectar seriamente a la relación profesional con las víctimas. Además, pueden producir situaciones de estrés mantenido que pueden llegar al agotamiento emocional y afectar a su salud, a su vida y a su desempeño laboral. Describimos las consecuencias, los factores de riesgo y las señales de alarma, así como los factores de protección o resiliencia, que es importante conocer, y, finalmente, enumeramos los retos actuales y algunas recomendaciones para los y las profesionales y la administración a fin de ayudar a prevenir estos efectos y mejorar el desempeño profesional sin riesgos para la salud.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Emotional impact;
Intimate partner;
Gender violence;
Vicarious trauma;
Burnout;
Primary Care

Impact of care for victims of gender violence on the health professionals

Abstract Professionals who work with women victims of gender violence face difficult emotional situations, and it is important to be aware of the emotions and feelings that the attitudes and behaviour of victims and aggressors generate in them. These emotions can become barriers to communication and seriously affect the professional's relationship with victims. Furthermore, they can generate situations of sustained stress, lead to emotional exhaustion, and affect their health, life, and work performance. We describe the consequences, risk factors and warning

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carmenferal@gmail.com (M.d.C. Fernández Alonso).

signs, as well as protective or resilience factors, that are important to know, and we list the current challenges and some recommendations for professionals and management in order to help prevent such effects and improve professional performance without health risks. © 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El contacto profesional con personas que han vivido situaciones traumáticas (violencia de género [VG], abusos sexuales, violencia infantil, etc.) puede provocar en los y las profesionales un gran impacto emocional que es necesario conocer y elaborar para evitar sus efectos negativos.

En el caso de la VG, es importante ser consciente de las emociones y sentimientos que generan las actitudes y comportamiento de la víctima, del agresor y de su entorno, porque si no se entiende su significado y no se elaboran adecuadamente, pueden tener consecuencias con riesgo de convertirse en barreras para la comunicación y la intervención, pudiendo limitar seriamente la capacidad del profesional para el tratamiento de estas víctimas.

Los y las profesionales más expuestos son los que trabajan con víctimas en centros de atención especializados y en servicios de emergencia¹, donde la exposición, con frecuencia, es de gran intensidad y en condiciones de trabajo estresantes.

En Atención Primaria (AP), tratar víctimas de VG tiene connotaciones especiales debido a que suelen ser los primeros profesionales a quienes las mujeres revelan la situación de violencia, y también por la cercanía emocional que suele existir y por la relación mantenida en el tiempo con la víctima; además, es habitual que los profesionales de AP conozcan y atiendan a los hijos e hijas y al agresor.

Los y las profesionales que atienden la salud reproductiva y la salud mental pueden sufrir también estos efectos.

¿Qué emociones generan estas situaciones de violencia hacia la mujer? ¿Por qué les impactan emocionalmente de esta manera? Y ¿por qué es importante saberlas gestionar?

La experiencia de enfrentarse a situaciones de violencia hacia la mujer por su pareja desde el lugar del profesional lleva, inevitablemente, a la confrontación con la propias vivencias, prejuicios y experiencias de relaciones, con lo que una valoración objetiva resulta ilusoria. La cultura patriarcal en la que nos hemos socializado impregna nuestra propia percepción de lo que es o no es violencia en una relación de pareja, pudiendo llegar a «normalizar» en ocasiones esta violencia, o situándonos más próximos emocionalmente a la víctima o al victimario de forma no siempre consciente, en función de nuestro bagaje cultural y vivencial.

Este tipo de trabajo expone al profesional a situaciones difíciles y dolorosas que pueden dificultar conseguir la empa-

tía necesaria para establecer un vínculo emocional seguro con la víctima, pudiendo derivar hacia posturas «falsamente compensatorias» como la sobreimplicación o, en el otro extremo, la desensibilización o la evitación, ambas generadoras de frustración, malestar emocional e impotencia, además de respuestas profesionales inadecuadas e ineficaces.

Partimos de la idea de que la neutralidad en la intervención en situaciones de violencia, especialmente las causadas por otra persona vinculada afectivamente, no es posible. Ser conscientes de la influencia de estos factores, compartirlos con personas de confianza y formarnos desde una perspectiva experiencial va a permitirnos analizar los motivos que hay detrás de los pasos que damos en la detección e intervención ante la VG en nuestras consultas. Además de estos factores individuales, cada vez hay más evidencia de que los entornos laborales son un elemento clave en el impacto en la salud mental de los y las profesionales².

Gran parte de los profesionales consideran que no están suficientemente capacitados para orientar y tratar a víctimas de VG y, además, piensan que no tienen suficiente tiempo para hacerlo ni recursos para dar soluciones efectivas, justificando así no preguntar. Ante esta percepción nos parece importante señalar que la mera posibilidad de que la mujer pueda tomar conciencia y recibir la validación del profesional, tras preguntar con respecto y sin juzgar, tiene por sí mismo un efecto terapéutico.

En ocasiones, tras la frustración de los y las profesionales, se encuentran expectativas equivocadas sobre su papel, al entender que el éxito de cualquier intervención es conseguir que la mujer denuncie o se separe del agresor. Hay que respetar siempre las decisiones de la mujer y tener especial cuidado en no transmitirle el mensaje de que nos ha fallado o que nos ha decepcionado si elige no abandonar en ese momento la relación.

El impacto emocional tiene que ver con el tipo de exposición:

- *En la fase aguda*, cuando las emociones son muy intensas, pueden bloquear, desorganizar la capacidad de decisión y las actuaciones profesionales o inducir respuestas reactivas o irreflexivas, sin evaluar sus consecuencias.
- *Cuando estas emociones persisten en el tiempo* pueden generar sentimientos de frustración o impotencia mantenidos, disminución de la autoconfianza y de su capacidad de afrontamiento, sentimientos de culpa y percepción de incompetencia, que pueden provocar cambios en la práctica profesional, como rechazo y conductas de evitación.

¿Qué conocemos de la situación actual?

Se conoce que la violencia sexual y el abuso a la infancia son las situaciones que mayor impacto causan en los y las profesionales.

Hay numerosos estudios sobre los efectos negativos del trabajo con víctimas de trauma en diferentes entornos de atención (trabajo social, enfermería, profesionales de salud mental y otros, pero escasos en AP)³⁻⁷; otros estudios han identificado algunos efectos positivos o resilientes⁸⁻¹¹ y, aunque la mayoría sean referidos a otros contextos, sin duda tienen mucho en común con los efectos que pueden sufrir los y las profesionales de AP.

Aspectos conceptuales

Pasamos a describir algunos de los términos más frecuentemente utilizados¹²⁻¹⁴, pero conviene saber que muchos síntomas se superponen, que no siempre es posible hacer un diagnóstico diferencial preciso ni hay unanimidad en el uso de los propios términos.

Se han establecido varias categorías relacionadas con el impacto negativo vinculado a este tipo de trabajo.

1. **Agotamiento: burnout.** Suele ser el resultado del estrés o frustración prolongados y da lugar al agotamiento físico, emocional y, a veces, a la pérdida de motivación y al desengaño¹⁵. Se genera paulatinamente, durante un periodo de tiempo prolongado, y es acumulativo.
2. **Fatiga por compasión/trauma indirecto/fatiga por empatía.** Estos términos se han usado indistintamente. Se define¹⁶ como «las conductas y reacciones emocionales naturales derivadas de conocer un evento traumático experimentado por una persona significativa, es decir, una traumatización indirecta de instauración brusca como consecuencia de ayudar a aquellos que experimentan el trauma de forma directa». Investigaciones más recientes amplían el concepto de fatiga por compasión a experiencias vinculadas al trauma y a contactos intensos y prolongados con personas que sufren. Introducen también un concepto nuevo, que es la satisfacción por compasión¹⁷.
3. **Trauma vicario** es un cambio generalizado y duradero en la experiencia interna del profesional expuesto a relatos de situaciones traumáticas acumuladas en un marco de relación de empatía. La consecuencia es un cambio en el sistema de creencias sobre sí mismo, sobre sus relaciones y con el mundo que les rodea. El trauma vicario puede tener conexión con experiencias traumáticas anteriores que pueden no estar integradas en su memoria.
4. **Trauma secundario/trauma indirecto/trastorno de estrés postraumático secundario.** El trauma secundario o indirecto ocurre cuando un profesional que atiende a víctimas que han sufrido un evento traumático comienza a experimentar síntomas similares al trastorno de estrés postraumático que la víctima está experimentando¹⁸, el evento traumático del paciente se convierte en un evento traumático para el profesional. El trauma secundario puede ocurrir de repente en una sesión, a diferencia del trauma vicario de carácter acumulativo.

5. **Reacciones contratransferenciales.** La contratransferencia puede ser definida como la movilización en el y la profesional de afectos inconscientes ante la presencia y el relato que hace una persona de su vida y de sus vivencias traumáticas, y puede influir en las actitudes y en las conductas que puede adoptar con la víctima. Hay 2 tipos de reacciones profesionales ante la VG descritos por Baca Baldomero¹⁹, que oscilan entre la sobreimplicación y la negación y el rechazo a la víctima, con muchas situaciones intermedias.

La primera se caracteriza por la sobreidentificación y se produce cuando el o la profesional adopta masivamente la posición afectiva de la víctima y se deja llevar por los sentimientos de humillación, dolor, desamparo, pérdida o agresividad que comporta su situación. Puede provocar en ellos una inmersión masiva en la angustia de la víctima desde una posición que no le permite separarse de su dolor y le impide asegurar la distancia terapéutica necesaria para una relación de ayuda. En estas ocasiones, pueden producirse dificultades en distinguir entre lo que son las necesidades de las y los profesionales y las de las mujeres. La urgencia en aclarar situaciones, explicitar lo ocurrido y conseguir reparaciones sociales puede no corresponder a lo que las mujeres desean.

Otra posibilidad desde el punto de vista contratransfencial es la identificación del profesional con el agresor y la subsiguiente consideración de la víctima como culpable, y de la agresión como castigo. Esta identificación tiende a ser rechazada o reprimida, y la presentación consciente más habitual es la atribución de la culpabilidad a la víctima. Otras veces el rechazo se traduce en falta de compromiso terapéutico, justificándolo (cínicamente) como neutralidad. Todos estamos sujetos a este fenómeno porque se produce en el nivel inconsciente, y si se ignora, puede ser perjudicial para una relación de ayuda.

6. **Traumatización de los equipos.** Aunque no es un concepto específicamente vinculado a la VG, el término hace referencia al efecto que el trabajo con víctimas tiene en los entornos laborales. A veces, el impacto en los equipos profesionales puede desencadenar dinámicas de control y violencia, generando en aquellos miembros que se perciben como víctimas de abuso, miedo, sufrimiento, aislamiento y frustración, e incluso abandono de la actividad laboral. Estos aspectos pueden repercutir gravemente en el trabajo, en las relaciones laborales y en la cohesión del propio equipo⁷.
7. **Resiliencia vicaria/resiliencia por compasión/satisfacción por compasión**^{20,21}. Se ha definido como el impacto positivo sobre los y las profesionales y su potencial de transformación como resultado del contacto con la resiliencia de sus pacientes, al dar sentido al sufrimiento que muchas veces entraña la labor terapéutica²²⁻²⁴.

El impacto transformador de los traumas en sus vidas puede ser positivo o negativo y está relacionado con el desarrollo y la historia de los propios profesionales, sus habilidades clínicas y la capacidad para hacer frente al trauma indirecto.

Tabla 1 Consecuencias negativas de la exposición laboral a la violencia de género y otros traumas

Reacciones emocionales	Conductas	Consecuencias en la salud
Ira/rabia	Sobreimplicación	<i>Físicas</i>
Indignación	Justificación	Cefaleas
Ansiedad/angustia	Rechazo/evitación/negación	Insomnio
Odio	Culpabilización de la víctima	Presión arterial alta
Miedo	Alienación	Taquicardias
Irritabilidad	Indecisión	Raquialgias
Tristeza/pena	Hiperactivación	Somatizaciones
Confusión	Impulsividad	Trastornos de la alimentación
Desconfianza/duda de la veracidad	Pensamientos repetidos del evento traumático	<i>Psicológicas y de salud mental</i>
Malestar	Conductas evitativas/cinismo, despersonalización	Imposibilidad de desconexión del trabajo
Empatía		Dificultad de concentración
Compasión		Agotamiento
Identificación		Malestar psicológico
Contratransferencia		Trauma vicario
Culpabilidad		Burnout
Frustración/insatisfacción		Fatiga por compasión
Desesperanza/impotencia		SEPT secundario
Inseguridad		Baja autoestima
Vulnerabilidad		Ansiedad
Desconfianza en los demás		Cambios de personalidad
Estrés		Depresión
Anestesia o entumecimiento emocional		Trastorno obsesivo-compulsivo
Miedo a la propia respuesta		Adicciones, abuso de sustancias
		<i>Sociales</i>
		Impacto en las relaciones familiares: personales y de pareja
		Aislamiento social
		<i>Problemas laborales</i>
		Relacionales, bajas laborales, absentismo

Fuente: Elaboración propia.

Manifestaciones y consecuencias

Como hemos comentado, tratar a víctimas de VG genera en los y las profesionales reacciones emocionales que pueden influir en sus conductas con las víctimas e impactar en su salud física y mental y en el funcionamiento familiar, social y laboral ([tabla 1](#)).

Identificación de situaciones de riesgo y vulnerabilidad

El estrés ocupacional es tan frecuente en las profesiones sanitarias que, a veces, se llega a «normalizar», ignorando las consecuencias que puede tener para su salud y bienestar, así como para la calidad de su práctica profesional. El riesgo de sufrir las consecuencias negativas de este impacto depende de diferentes variables personales, laborales y sociales, y por ello, frente a un mismo hecho no todos sufren las mismas consecuencias. Identificar los desencadenantes laborales del estrés, así como los factores protectores, es esencial para desarrollar la resiliencia.

En estas consecuencias existen también *diferencias de género*. Algunos estudios encuentran que las mujeres sufren

más frecuentemente desgaste profesional relacionado con la VG que los hombres²⁵. Además del factor asociado a la identificación como mujeres con personas de su mismo sexo, hay razones que ayudan a explicarlo; los mandatos de género con los que las mujeres se socializan influyen en que desarrollen mayor empatía y compasión. También la sobrecarga por roles de cuidados acumulados: crianza, cuidado emocional del entorno, personas dependientes, tareas domésticas, dobles jornadas, menor tiempo de ocio, aumentan el estrés y el riesgo de agotamiento. Los factores que incrementan el riesgo del impacto y situaciones de vulnerabilidad se presentan en la [tabla 2](#)^{26,27}.

Desarrollo de factores protectores: autocuidado, cuidado interpersonal y cuidado de los equipos^{23,25,28}

Existen mecanismos de protección y prevención y factores de resiliencia que pueden proteger a los y las profesionales frente a estos efectos: a nivel individual, del equipo y de las organizaciones ([tabla 3](#)); es importante conocerlos y desarrollarlos.

Tabla 2 Factores que incrementan el riesgo del impacto y situaciones de vulnerabilidad

Personales	Empatía (puede ser factor de riesgo y de protección) Personalidad y estilo de afrontamiento Falta de capacitación o inexperiencia Experiencia personales o familiares traumáticas recientes o no elaboradas Vulnerabilidad psicosocial Sexo
Familiares	Expectativas poco realistas respecto al rol profesional Antecedentes personales de experiencias traumáticas en familia de origen y en relaciones afectivas Historias de abuso sexual
Laborales	Patrones de apego inseguros Excesiva carga laboral. Falta de tiempo Falta de apoyo de la organización Ausencia de trabajo en equipo Falta de supervisión o supervisión ineficaz Ausencia de descansos o periodos de desconexión Falta de recursos para dar una respuesta adecuada Aislamiento en el entorno de trabajo Funciones difusas en la organización Ambiente laboral insano y exposición al trauma
Sociales	Ausencia de apoyo comunitario/social Clima social y cultural negativo Aislamiento social
Características del trauma y de la exposición	Contenido traumático de los relatos Acumulación de exposición: a mayor tiempo de exposición, más riesgo Gravedad de los casos: a mayor gravedad, mayor riesgo

Tabla 3 Mecanismos de protección y prevención del desgaste emocional

Individuales	Formación y capacitación Habilidades de comunicación Entrevista motivacional Medidas de autoprotección: higiene mental, descanso, ocio Intervenciones basadas en la atención plena Capacitación en estrategias de afrontamiento Evitar «contaminar» las redes personales (familia, amistades), que son un factor protector importante en el área de soporte emocional Fomentar la resiliencia vicaria y satisfacción por compasión Fomentar la autocompasión y el empoderamiento del profesional Participación en actividades de docencia e investigación
De equipo	Trabajo en red para compartir decisiones y responsabilidades El apoyo a los equipos Trabajo grupal y apoyo entre pares Asesoría experta y tutorización Supervisión Asesoría legal Condiciones de trabajo adecuadas
De la organización	Comisiones de apoyo para la gestión de casos Promover modelos de gestión compartida de casos Facilitar apoyo psicológico especializado a profesionales Dotar de recursos específicos para poder dar respuesta a las víctimas Incorporar en los planes de riesgos laborales medidas de cuidado personal e institucional que protejan la salud de los trabajadores y la calidad asistencial Promover el autocuidado activo, sistematizado y preventivo, que debe ser reconocido y asumido como una práctica habitual en los planes de riesgos laborales de las instituciones

Tabla 4 Señales de alerta de desgaste profesional

Iniciales	Desencanto o desmotivación por el trabajo Cansancio mental Hipersensibilidad emocional Agotamiento generalizado Irritabilidad Cambios en el trato con los compañeros Pérdida de rendimiento en las funciones Tristeza o ira constante Disminución en el deseo sexual Pérdida de relaciones, aislamiento Cambios bruscos en el estado de ánimo Somatizaciones: cefaleas, alergias, mareos, alteraciones del comportamiento alimentario (anorexia o bulimia), problemas cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales Sentimientos de culpabilidad, impaciencia, frustración Hostilidad, suspicacia
Severos	Ansiedad Depresión Consumo de psicofármacos, alcohol o sustancias Insomnio Deterioro de la calidad de vida Dificultad para la desconexión Insatisfacción en el trabajo Pensamientos recurrentes sobre el trabajo, rumiación Insensibilidad hacia los problemas de los pacientes Falta de realización personal, percepción de incompetencia o ineficacia Despersonalización

Signos y señales de alerta del agotamiento profesional

La detección precoz de señales o síntomas iniciales de desgaste profesional es importante porque posibilita una intervención precoz y puede evitar el paso a situaciones de burnout establecido. Las principales señales de alerta de desgaste profesional se presentan en la [tabla 4](#). Existen instrumentos para detectar el riesgo de burnout. Maslach elaboró un instrumento que ha sido profusamente utilizado y adaptado a diferentes contextos²⁹.

Gestión de las emociones: mecanismos de protección y prevención^{7,30,31}

Algunas medidas de prevención y protección que son aplicables tanto para AP como para otros contextos, como servicios de salud mental y de urgencias, entre otros, se resumen en la [tabla 3](#).

Conocidos los efectos en los y las profesionales y su posible repercusión en la atención a las víctimas, es necesario cuidar la salud de los y las profesionales involucrados en la atención (sanitarios, sociales y judiciales) mediante el desarrollo de medidas preventivas que puedan ayudar a mejorar la práctica profesional y otras que mitiguen el daño causado. En este sentido, pensamos que es fundamental desarrollar *estrategias de autocuidado* y cuidado mutuo. Una posibilidad sería, a través de espacios de encuentro interprofesional, debatir con compañeros/as las dificultades, malestares, dudas y demás sentimientos que pueden

surgir en los espacios grupales de autocuidado y cuidado mutuo. Consideramos útiles los espacios de *supervisión externa* individual y/o grupal que nos permitan tener puntos de referencia, ayuden a la visualización de las propias revictimizaciones y a mantener la confianza y seguridad necesarias para enfrentarnos a los acontecimientos traumáticos.

La *formación continuada* respaldada por las instituciones correspondientes debería ser una práctica necesaria y obligada en las agendas profesionales³². Las habilidades de comunicación necesarias para un abordaje adecuado, la comunicación eficaz y la formación en entrevista motivacional son herramientas de gran ayuda para la gestión emocional de demandas complejas, como son los casos de VG; asimismo, el *trabajo en red*, compartir decisiones y responsabilidades, el apoyo a equipos, la asesoría legal y contar con comisiones de apoyo a la gestión compartida de casos pueden ser de gran utilidad.

La preocupación por este problema y la necesidad de dar respuesta desde las instituciones se traduce en el incremento de literatura sobre el tema y la publicación de guías de ayuda para la prevención del desgaste profesional (de cualquier causa) con propuestas prácticas para su afrontamiento^{33,34}, así como para el autocuidado y la protección de su salud mental. La incorporación en la mayoría de los protocolos y guías de actuación frente a la VG de un capítulo referido al cuidado de los y las profesionales revela la consideración de la importancia del tema. Con frecuencia los malestares causados por estrés laboral son tratados de forma individual mediante el control de síntomas, medida que suele ser ineficaz puesto que no está orientada a inves-

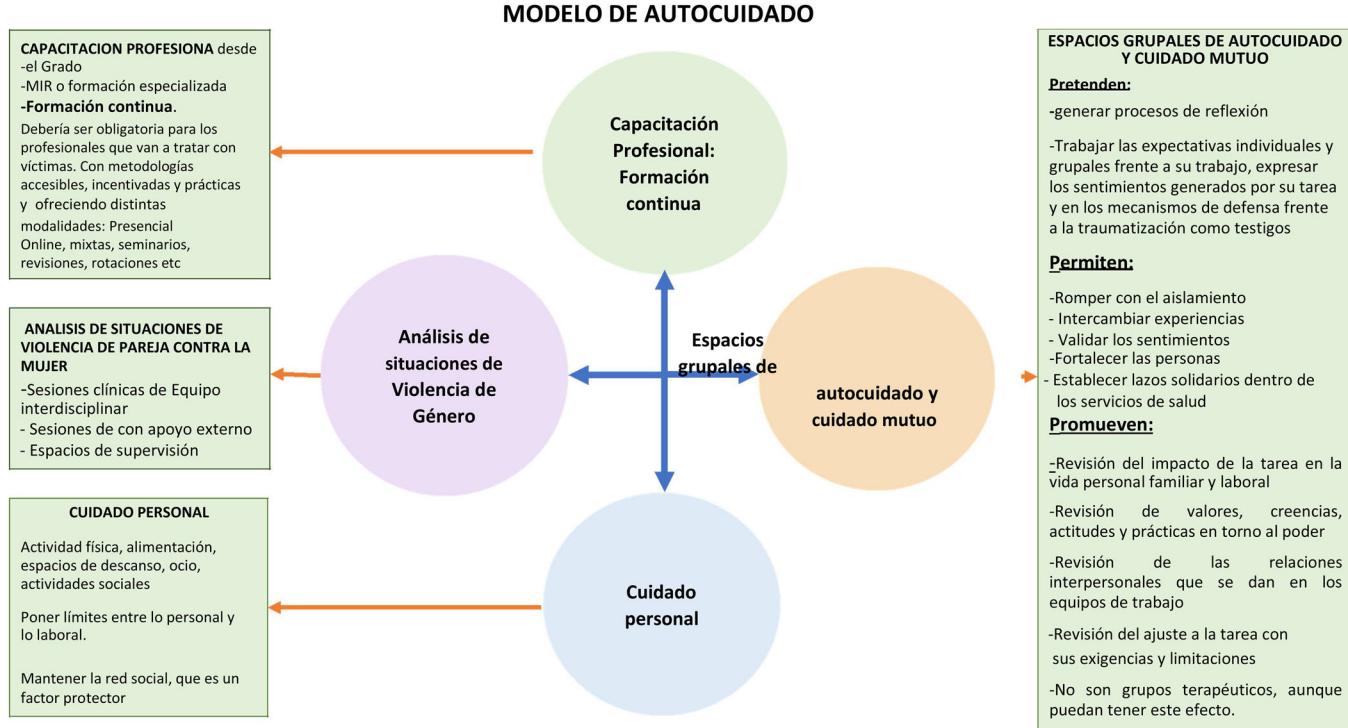


Figura 1 El modelo de autocuidado. Realizada por las autoras a partir de MacDonal et al.³⁶.

tigar y tratar el origen del problema, sino solo los síntomas. No es infrecuente que antes de pedir ayuda profesional, los sanitarios/as se automediquen, lo que suele retrasar el diagnóstico y el tratamiento, favorecer la cronificación y agravar las consecuencias.

La Organización Mundial de la Salud considera clave la capacitación profesional a través de la formación antes de iniciar intervenciones con supervivientes³⁵, así como el cuidado personal de las personas que trabajan con víctimas de traumas. Es una obligación institucional responsabilizarse del desgaste emocional vinculado al desempeño de su trabajo con víctimas de VG y otros traumas, garantizando recursos de apoyo y medidas para mejorar la salud mental de los profesionales. MacDonal et al.³⁶ proponen un modelo de autocuidado para profesionales que tratan la violencia intrafamiliar, con 4 componentes básicos complementarios que permiten proporcionarles apoyo, facilitando la atención no solo al profesional individual, sino compartida con el equipo y la institución (fig. 1).

El apoyo especializado ante la repercusión psicológica de la atención profesional a situaciones traumáticas

En cualquiera de los cuadros descritos, la estrategia principal es la preventiva, y para muchos profesionales será suficiente para elaborar positivamente el impacto emocional de estas situaciones. No obstante, existen síntomas que, por su gravedad y consecuencias, aconsejan la derivación a profesionales de psicología y psiquiatría. Algunas comunidades autónomas disponen de programas específicos dentro de los servicios de salud mental para atender estos problemas

vinculados al desempeño laboral. Criterios de derivación a los servicios de salud mental:

- Episodios depresivos moderados y graves (especialmente si se asocian ideas autolíticas o delirantes, alteración importante de ritmos biológicos, aislamiento, abandono de autocuidados) - trastornos psicóticos.
- Trastornos por abuso de sustancias.
- Trastorno de estrés postraumático.

Es necesario tener en cuenta también la repercusión en la esfera social (consecuencias en menores y personas convivientes, deterioro psicosocial), el momento del ciclo vital, la capacidad de insight y la motivación para el cambio.

Retos y propuestas de mejora

Hemos identificado las características del problema y las necesidades profesionales, pero aún son muchos los retos pendientes para dar la respuesta necesaria³⁷:

1. Formación de los y las profesionales

La formación de los y las profesionales sanitarios que tienen relación con víctimas de VG sigue siendo un reto, y aunque son innegables los esfuerzos y avances, sigue siendo un objetivo de mejora.

Creemos necesario que todo profesional realice formación en VG (grado, posgrado y formación continuada) para adquirir las competencias necesarias para dar una respuesta profesional adecuada. Asimismo, debería incorporarse en los currículos de las profesiones sanitarias el estudio de la

salud con perspectiva de género y contenidos sobre riesgos y factores de protección frente al desgaste profesional.

2. Apoyo y supervisión eficaz

Es importante que los profesionales dispongan de apoyo para gestionar técnica y emocionalmente los casos, contando con personas expertas que ejerzan el papel de supervisión tanto individual como grupal, que puede ser útil para trabajar resistencias y prevenir el burnout. La sensación de frustración o de incompetencia al no contar con apoyo puede generar rechazo a detectar nuevos casos y esto es una consecuencia grave. Hoy, de forma generalizada, no se cuenta con estas figuras de apoyo y supervisión.

3. Trabajo en equipo

En la atención a mujeres víctimas, la respuesta ha de ser integrada y multisectorial; es necesario contar con una coordinación eficaz dentro de la red sanitaria, la red social y otros intervenientes en el proceso de atención.

4. Trabajo grupal entre pares

El contar con espacios grupales de autocuidado y cuidado mutuo puede ser muy útil porque permite compartir los problemas, favorece el vaciamiento emocional, valida los propios sentimientos y posibilita disponer de una mirada más amplia y distanciada con otros profesionales que conocen el contexto y comparten el papel ante la VG; además, ayuda a establecer lazos solidarios dentro de los servicios de salud y favorece el intercambio de experiencias³⁶.

5. Recursos

Resulta clave disponer de recursos que posibiliten poder prestar atención urgente en la red sanitaria, social y judicial para responder a las necesidades básicas de las víctimas. No disponer de ellos contribuye a la revictimización de las mujeres y aumenta el sentimiento de impotencia y frustración en el/la profesional.

6. Compromiso de la organización

Para la mejora de las condiciones de trabajo: distribución adecuada del tiempo, formación continua, fomento del autocuidado, incentivos, apoyo institucional y garantía de la seguridad y la prevención de riesgos derivados de la práctica asistencial.

7. Desarrollo de un modelo de registro de datos y de su análisis y seguimiento

Que nos permita un mejor conocimiento de la incidencia y la prevalencia del desgaste profesional, así como de sus consecuencias, y permita la evaluación de las intervenciones.

8. Fomentar la investigación sobre este problema

A pesar de los avances producidos en las últimas décadas, aún falta evidencia científica sólida sobre aspectos tan relevantes como las consecuencias, los factores de riesgo y protección y sobre la efectividad de intervenciones para prevenir y paliar su impacto.

A cada reto mencionado le corresponde una propuesta de mejora, si queremos superarlos y avanzar en la respuesta eficaz y segura tanto en la atención a las víctimas como a los profesionales que se ocupan de su cuidado. Algunas recomendaciones para profesionales y administración figuran en el cuadro 1.

Cuadro 1: Recomendaciones para los/las profesionales y la administración

RECOMENDACIONES PARA LOS/ LAS PROFESIONALES

Contar con una red de apoyo profesional con sus pares o con otros profesionales que intervienen en el proceso de atención (compartir sentimientos, visión y decisiones)

Compartir experiencias con otros ámbitos o profesionales

Formación: Ampliar y renovar conocimientos y habilidades mejora la autoestima, proporciona sentimiento de utilidad y mejora del compromiso

Fomentar el autocuidado:

Cuídese a si mismo primero, no solo en los aspectos físicos, sino en el bienestar psicológico, mediante:

Ejercicio físico gratificante

Relajación, control del estrés (mindfulness, yoga, ...)

Tome descansos regulares del trabajo

Procure tener una vida personal equilibrada

Concéntrese en los cambios positivos. Centrarse en la resiliencia

Fomente la autocompasión (permítase no ser perfecto, equivocarse sin culpa) Escuche, identifique y atienda a sus propias necesidades

Mantener las relaciones sociales

Recibir si se precisa tutorización y/o supervisión externa.

Contar con ayuda profesional especializada (psicólogos, psiquiatras) si se precisa

RECOMENDACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN

Las instituciones deben tener clara su obligación de proporcionar condiciones laborales adecuadas que no pongan en riesgo su salud física y mental, y para ello deben:

Asegurar una adecuada definición de funciones y tareas Fomentar el trabajo en equipo, fortalecerlo y apoyarlo

- Valorar y reforzar la importancia del buen trato laboral en los equipos.**
- Reconocer del desempeño**
- Promover la creación y participación de espacios de apoyo grupal y personal**
- Asegurar recursos para la tutorización y la supervisión externa**
- Facilitar tanto la formación técnica en VG como en autocuidados**
- Crear un ambiente de trabajo sano, que fomente la flexibilidad y la creatividad, y que promueva la educación continua y la cualificación (periodos sabáticos, investigación, docencia, intercambios o estancias formativas)**
- Promover la construcción y mantenimiento de redes de apoyo social y profesional**

Los y las profesionales no deben convertirse en «segundas víctimas» en el proceso de atención a la VG. La respuesta profesional comprometida y responsable no debe suponer un riesgo para su salud física y mental, y es una obligación de las organizaciones proteger y prevenir que esto ocurra³⁸.

Consideraciones éticas

Se han observado todos los requerimientos éticos exigidos en la elaboración de esta publicación.

Financiación

No se ha contado con ningún tipo de financiación externa para la elaboración de este artículo.

Autoría

Todas las autoras están de acuerdo con la publicación de esta versión.

Conflicto de intereses

Ninguna de las autoras del artículo tiene conflictos de interés ni financieros ni personales que puedan haber influido en este.

Bibliografía

1. Pérez-Tarrés A, Cantera LM, Pereira J. Health and self-care of professionals working against gender-based violence: An analysis based on the grounded theory. *Salud Mental.* 2018;41:213-22, <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.032>.
2. Gomà-Rodríguez I, Cantera LM, Pereira da Silva J. Autocuidado de los profesionales que trabajan en la erradicación de la violencia de pareja. *Psicoperspectivas.* 2018;17:132-43 <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue1-fulltext-1058>
3. Crivatu IM, Horvath MAH, Massey K. The impacts of working with victims of sexual violence: A rapid evidence assessment. *Trauma Violence Abuse.* 2023;24:56-71, <http://dx.doi.org/10.1177/15248380211016024>.
4. Beckerman NL, Wozniak DF. Domestic violence counselors and secondary traumatic stress (STS): A brief qualitative report and strategies for support. *Soc Work Ment Health.* 2018;16:470-90 <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1425795>
5. Collins S, Long A. Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers – A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003;10:417-24 <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00620.x>
6. Massey K, Horvath MAH, Essafi S, Majeed-Ariss R. Staff experiences of working in a Sexual Assault Referral Centre: The impacts and emotional tolls of working with traumatised people. *J Forensic Psychiatr Psychol.* 2019;30:686-705 <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1605615>
7. Arón AM, Llanos MT. Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares.* 2004;5:15.
8. Wachter K, Schrag RV, Wood L. Coping behaviors mediate associations between occupational factors and compassion satisfaction among the intimate partner violence and sexual assault workforce. *J Fam Violence.* 2020;35:143-54 <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00072-0>
9. Benuto LT, Newlands R, Ruork A, Hooft S, Ahrendt A. Secondary traumatic stress among victim advocates: Prevalence and correlates. *J Evid Inf Soc Work.* 2018;15:494-509, <http://dx.doi.org/10.1080/23761407.2018.1474825>.
10. Mathieu F, Walsh C. Secondary traumatic stress, compassion fatigue, and vicarious trauma. *Traumatology.* 2017;23.
11. Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13:618, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph13060618>.
12. Ojeda TE. El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2006;52:21-7.
13. Campos Vidal JF, Cardona Cardona J, Cuartero Castañer ME. Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social.* 2017;24:119-36 <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.07>
14. Rauvola RS, Vega DM, Lavigne KN. Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda. *Occup Health Sci.* 2019;3:297-336, <http://dx.doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>.
15. Maslach C, Jackson S. Burnout in health professions: A social psychological analysis. En: Sanders GS, Suls J, editores. *Social psychology of health and illness.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1982. p. 227-51.
16. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists chronic lack of selfcare. *J Clin Psychol.* 2002;58:1433-41, <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10090>.
17. Xie W, Chen L, Feng F, Okoli CTC, Tang P, Zeng L, et al. The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2021;120:103973, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>.
18. Baird K, Kracen AC. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Couns Psychol Q.* 2006;19:181-8 <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
19. Baca Baldomero E. La actitud ante la víctima: reacciones personales, sociales y profesionales. En: Baca E, Cabanas ML, editores. *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos.* Madrid: Triacastela; 2003.
20. Ruiz-Fernández MD, Pérez-García E, Ortega-Galán ÁM. Quality of life in nursing professionals: Burnout, fatigue, and compas-

- sion satisfaction. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:1253, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17041253>.
21. Nolte AG, Downing C, Temane A, Hastings-Tolsma M. Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *J Clin Nurs.* 2017;26:4364–78, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13766>.
 22. Killian K. Helping till it hurts? A multidimensional study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology.* 2008;14:32–44 <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
 23. Hernandez-Wolfe P. Vicarious resilience: A comprehensive review. *Rev Estud Soc* [Internet]. 2018;66:9–17 [consultado 20 Jun 2023]. Disponible en: <http://journals.openedition.org/revestudsoc/28035>
 24. El-Bar N, Levy A, Wald HS, Biderman A. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - A cross-sectional study. *Isr J Health Policy Res.* 2013;2:31, <http://dx.doi.org/10.1186/2045-4015-2-31>.
 25. Baum N. Secondary traumatization in mental health professionals: A systematic review of gender findings. *Trauma Violence Abuse.* 2016;17:221–35, <http://dx.doi.org/10.1177/1524838015584357>.
 26. Bromley H, Davis SK, Morgan B, Taylor-Dunn H. The professional quality of life of domestic and sexual violence advocates: A systematic review of possible risk and protective factors. *Trauma Violence Abuse.* 2023, 15248380231171187, <https://doi.org/10.1177/15248380231171187>. En prensa.
 27. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibañez-Masero O, Sánchez-Ruiz MJ, Fernández-Leyva A, Ortega-Galán ÁM. Perceived health, perceived social support and professional quality of life in hospital emergency nurses. *Int Emerg Nurs.* 2021;59:101079, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101079>.
 28. Pharris AB, Munoz RT, Hellman CM. Hope and resilience as protective factors linked to lower burnout among child welfare workers. *Child Youth Serv Rev.* 2022;136:106424, <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106424>.
 29. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99–113 <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
 30. Coleman AM, Chouliara Z, Currie K. Working in the field of complex psychological trauma: A framework for personal and professional growth, training, and supervision. *J Interpers Violence.* 2021;36:2791–815, <http://dx.doi.org/10.1177/0886260518759062>.
 31. Katsounari I. The road less traveled and beyond: Working with severe trauma and preventing burnout. *Burn Res.* 2015;2:115–7 <https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.10.002>
 32. Polo Usaola C. Trauma, identidad y violencia de género: reflexiones sobre los efectos e intervención en Salud Mental. En: Ruiz-Jarabo Quemada C, Millán Susinos R, Andrés Domingo P, Nogueiras García B, editores. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección.* Madrid: Díaz de Santos; 2021.
 33. Vázquez Caubet JC, Sánchez-Arcilla Conejo I, Caso Pita C, Pacheco Tabuena T. *Prevención del desgaste profesional en los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.* Madrid: Subdirección de Humanización de la Asistencia Sanitaria, Consejería de Sanidad; 2019 [consultado 20 Jun 2023]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020304.pdf>
 34. Secretaría de Desarrollo Social Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social. *Guía metodológica para la atención del desgaste profesional por empatía (síndrome del burnout).* Toluca: Gobierno del Estado de México; 2011 [consultado 14 Jul 2023]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftp/EdoMex/edomex.meta5_2011.pdf
 35. World Health Organization. *Addressing violence against women in pre-service health training: Integrating content from the Caring for women subjected to violence curriculum.* Geneva: WHO; 2022.
 36. MacDonal J, Rojas M, Cruz M. *Salud mental y violencia intrafamiliar.* San José, Costa Rica: Ministerio de Salud de Costa Rica; 2004.
 37. Taylor AK, Gregory A, Feder G, Williamson E. 'We're all wounded healers': A qualitative study to explore the well-being and needs of helpline workers supporting survivors of domestic violence and abuse. *Health Soc Care Community.* 2019;27:856–62, <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12699>.
 38. Torijano-Casalengua ML, Astier-Peña P, Mira-Solves JJ, Grupo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, semFYC y Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Aten Primaria.* 2016;48:143–6 <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.002>