

EJES PARA EL BIENESTAR

Informe de Investigación sobre autocuidado de profesionales en Violencia de Género



Equipo de investigación

Carmen Martínez Martínez

Carmen Yago Alonso

Consuelo Paterna Bleda

Colaboradoras:

Rebeca Bonache Martínez

Olga Segarra Jaén

Clara Soriano Molina

Proyecto:

Este informe es fruto del proyecto de la Asociación Columbares: Investigación sobre el autocuidado de profesionales en el ámbito de la violencia de género (Programa cuidarse para cuidar) financiado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Fecha de publicación del informe:

Enero 2024

Esta obra está bajo la **Licencia Creative Commons** Atribución 4.0 Internacional.



¿QUIÉNES SOMOS?

¿QUÉ VAS A ENCONTRAR AQUÍ?

La **Asociación Columbares** en colaboración con el **Grupo de Investigación de Psicología Social Aplicada (GIPSA)** y con la **Unidad de Género del Servicio de Psicología Aplicada (SEPA)** de la **Universidad de Murcia**, ha puesto en marcha un innovador **proyecto** con el fin de **evaluar el autocuidado y los niveles de bienestar emocional en profesionales que trabajan con mujeres supervivientes a la violencia de género.**



¿QUIÉNES SOMOS?

¿QUÉ VAS A ENCONTRAR AQUÍ?

Para lograrlo, se ha desarrollado una exhaustiva **investigación a nivel nacional** que ha explorado factores específicos y de diferenciación con otros perfiles profesionales que, a su vez, trabajan en relación de ayuda con personas en situaciones de vulnerabilidad. En el presente documento se explica y detalla dicho proyecto.



AGRADECIMIENTOS



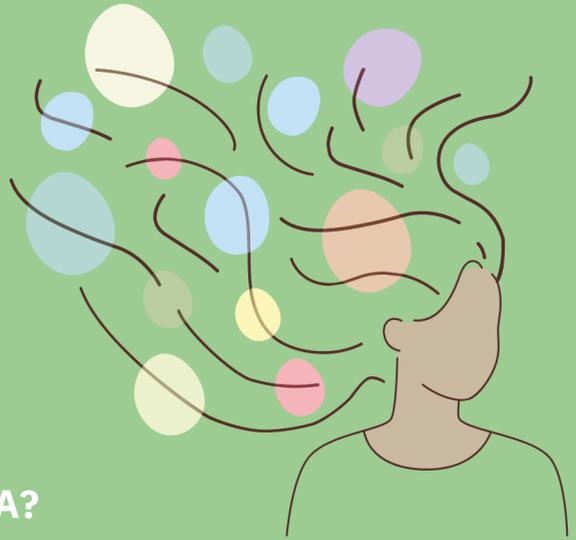
A todas las y los profesionales que respondieron la encuesta, por dedicarnos su tiempo y permitir que este conocimiento salga a la luz.

A quienes participaron en los grupos de discusión por su disponibilidad, desinterés y amabilidad al participar en un diálogo tan fructífero y enriquecedor.

A la Dirección General de Mujer y Prevención de la Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia por su apoyo logístico.



ÍNDICE



1. ¿CUIDAR DAÑA?
2. QUÉ PRETENDE ESTA INVESTIGACIÓN
3. METODOLOGÍA
4. ANÁLISIS DE DATOS CUANTITATIVOS
 - 4.1.Participantes
 - 4.2.Variables
 - 4.3.Resultados
 - 4.4.Conclusiones
5. ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS
 - 5.1.Metodología
 - 5.2.Resultados
 - 5.3.Conclusiones
6. A MODO DE REFLEXIÓN
7. REFERENCIAS

1. ¿CUIDAR DAÑA?



El concepto de trauma vicario

La exposición a situaciones traumáticas en el acompañamiento a mujeres supervivientes a violencia de género, así como la intervención con personas en situación de vulnerabilidad, tiene un impacto relevante sobre la salud de las y los profesionales. El vínculo de empatía que se establece en la relación de ayuda, además de generar compasión al reconocer el dolor ajeno, puede convertirse en un problema de salud laboral cuando hay una identificación con el sufrimiento.

A largo plazo, el estrés que provoca la complejidad del encuentro profesional puede afectar a la vinculación laboral, incrementando la insatisfacción y afectando negativamente al estado de ánimo, así como generar o incrementar el riesgo de sufrir **traumatización vicaria**:

Desde **problemas de salud** que pueden manifestarse **físicamente**, con síntomas como dolores de cabeza, insomnio, taquicardias, problemas estomacales, trastornos digestivos y fatiga, entre otros (Mento et al., 2020), hasta **síntomas psicológicos** que fluctúan en un continuo que puede ir desde una baja intensidad en el malestar experimentado (subclínico) hasta altos niveles de estrés postraumático (Hensel et al., 2015).

Al mantener a **largo plazo** esta situación, las consecuencias incluyen (Liffe y Steed, 2000; Ortlepp y Friedman, 2002):

- Agotamiento emocional y físico
- Sensación de desesperanza
- Una nueva visión del mundo en el que el resto de las personas son vistas con desconfianza y cinismo

Este **estrés prologando** en el tiempo puede perjudicar la capacidad de las y los profesionales para desempeñar su trabajo de manera eficaz, ya que **afecta** a su capacidad de **concentración**, **toma de decisiones** y **habilidades** para **establecer vínculos seguros** con las **personas atendidas**.



¿Qué pretende esta investigación?

I D E N T I F I C A R P A R A P R E V E N I R

Junto a los desafíos clínicos, existen **aspectos de carácter social**, como son las barreras culturales, idiomáticas, el aislamiento, la pobreza, la falta de políticas activas para enfrentar un trabajo tan complejo socialmente, que pueden favorecer la aparición de problemas de salud mental en profesionales.

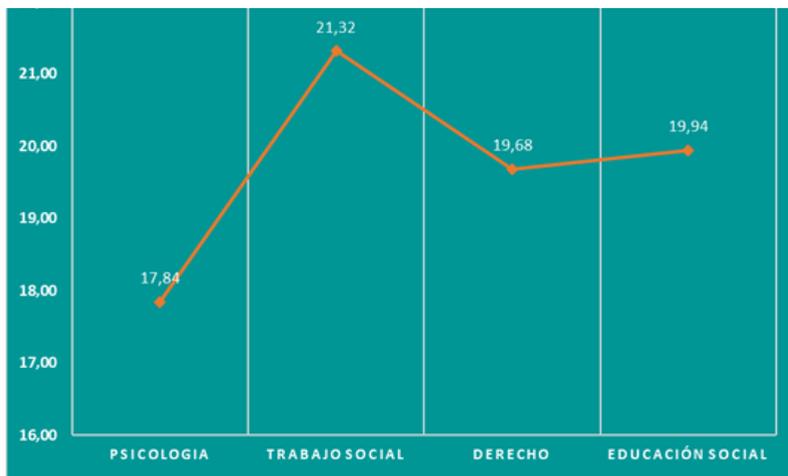
Además, tal y como muestran los **resultados** de la investigación del proyecto de la Asociación Columbares “**Trauma vicario en profesionales que intervienen con mujeres supervivientes a violencia de género**” (TRAVIGE), financiado

por la Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género, presentados en la Universidad de Murcia (Grupo de Psicología Social Aplicada, 2023) y antecedente de la investigación actual “Cuidarse para cuidar”:

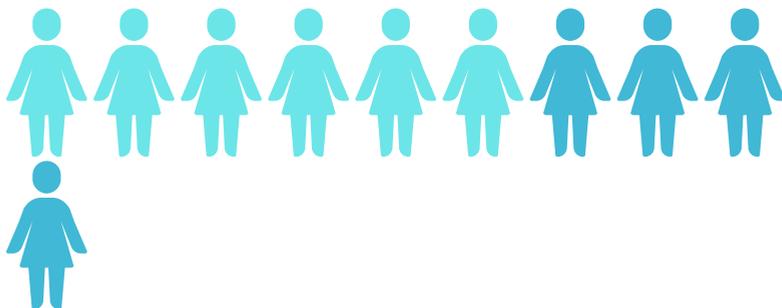
Los niveles de *fatiga por compasión* (evaluados con ProQol) superaron el límite de lo que se considera valor crítico (puntuación superior a 13) en una muestra de 407 profesionales de 6 Comunidades Autónomas.



Las participantes, en su mayoría mujeres (371), pertenecían a ámbitos principalmente relacionados con la psicología, trabajo social, educación social y derecho; con un 57% de profesionales trabajando específicamente en el ámbito de violencia de género. Dicho valor crítico fue superado por todas las profesionales, al margen de la problemática en la que trabajan.



Esta medición, que es un claro indicador de una problemática relacionada con la exposición al trauma, antes que un diagnóstico preciso de un trastorno psicopatológico, sirve como **antecedente para valorar el afrontamiento del estrés y los factores que pueden incrementar o ayudar a reducir el impacto secundario de esta violencia.**



En esta realidad, debido a las consecuencias que tiene para la salud de las y los profesionales, es cada vez más importante considerar el *autocuidado* como una herramienta crucial para prevenir y abordar problemas como la fatiga por compasión, el trauma vicario y el burnout.

¿Qué significa autocuidado?

Cuidar de mi misma no es un acto de autoindulgencia, es autopreservación y esto es un acto de lucha política (Audre Lorde, 1989)



¿ES EL AUTOCUIDADO UNA TENDENCIA HACIA LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD COLECTIVA?



El aumento de las investigaciones, y de la importancia dada, al autocuidado en profesionales, sobre todo en los últimos años, puede indicar muchas cosas: una mayor conciencia del desgaste psicológico que implican determinadas profesiones y la necesidad de que las personas asuman parte de esta acción como una herramienta profesional.

En este estudio queremos responder a varias cuestiones primordiales:

- ¿Practican el autocuidado las profesionales?
- ¿Qué entienden por autocuidado y con qué lo relacionan?

2. OBJETIVOS

¿Qué buscamos?



En este estudio, se han perseguido **dos objetivos** en relación con las y los profesionales que trabajan con mujeres supervivientes de violencia de género.

El primer objetivo es la **cuantificación** de los niveles de bienestar psicológico y autocuidado de estas profesionales en comparación con otros colectivos profesionales de la intervención social.

En segundo lugar, se busca la **prevención y mejora** de la salud profesional en colectivos poco atendidos en la prevención de riesgos sociolaborales.



Las profesionales de intervención social **no cuentan con alta protección social**.

Este estudio parte de una teorización feminista y **de género**, teniendo en cuenta que las profesionales son, en su mayoría mujeres. La **identificación** con las supervivientes y las exigencias del **rol de cuidadora** afectan a nivel afectivo y relacional en las mujeres que intervienen y realizan estas acciones profesionales.

3. METODOLOGÍA

¿Cómo lo hemos hecho?

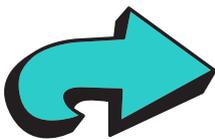
Para obtener los datos necesarios que respondan a las preguntas planteadas y los objetivos propuestos en el estudio, se utilizaron dos tipos de estrategias y técnicas metodológicas.

Distinguiremos el análisis y las herramientas usadas en dos partes: el análisis cuantitativo y el análisis cualitativo.

Metodología del Análisis Cuantitativo

Para recabar el mayor número de datos y obtener la información de un amplio conjunto de profesionales se creó un cuestionario online con formato amigable.

Dicho cuestionario constaba de diferentes secciones en las que se recababan:



Datos sociodemográficos

Información de carácter laboral

Medidas de carácter psicológico

Para estudiar las variables psicológicas, se seleccionaron las siguientes escalas:

3. METODOLOGÍA

¿Cómo lo hemos hecho?

Cuestionarios utilizados

Professional Self-Care Scale (Dorociak, Rupert, Bryant et al., 2017), traducida y validada en España por Garrido-Macías et al. (2022).

General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg, 1978): Cuestionario de Salud General (GHQ12) traducido y adaptado en España por Sánchez-López y Dresch (2008).

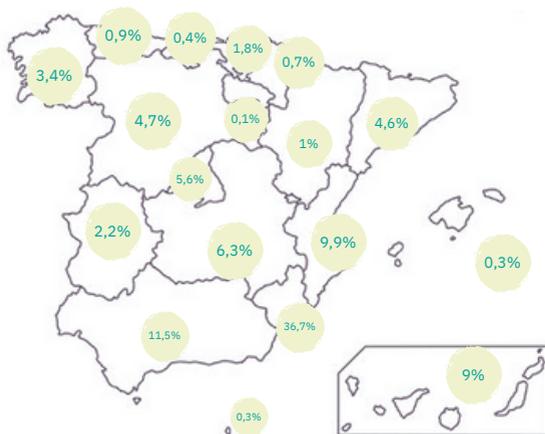
Cuestionario de **Actitud en la Intervención en Violencia de Género (AISV)**. Elaborado por Grupo de Psicología Social Aplicada

Cuestionario de **Actitud en la Intervención Social (AIS)**.
Elaborado por Grupo de Psicología Social Aplicada

Estos instrumentos cuantifican los niveles de **autocuidado**, los niveles de **distress psicológico** y **actitud en la intervención** en violencia de género de las y los profesionales.

4. ANÁLISIS CUANTITATIVO

4.1. Participantes



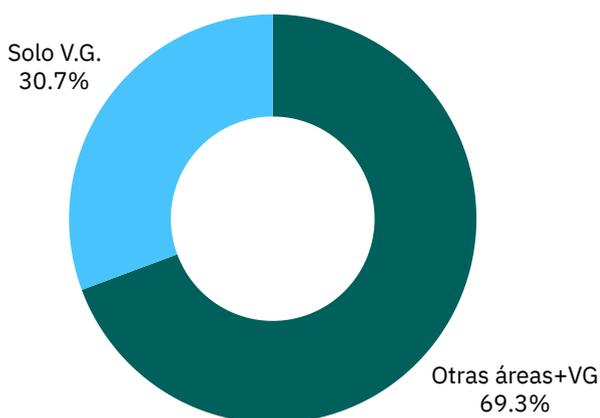
El total de participantes que respondieron al cuestionario fue de 1016.

De este conjunto nos interesa especialmente un subgrupo de **681 profesionales** de casi la totalidad de las Comunidades Autónomas, ya que son las que se identifican como trabajadoras en **Centros de atención a mujeres víctimas de violencia, Servicios sociales y otros recursos de la intervención social** pertenecientes a organismos no gubernamentales, Fundaciones o Asociaciones.

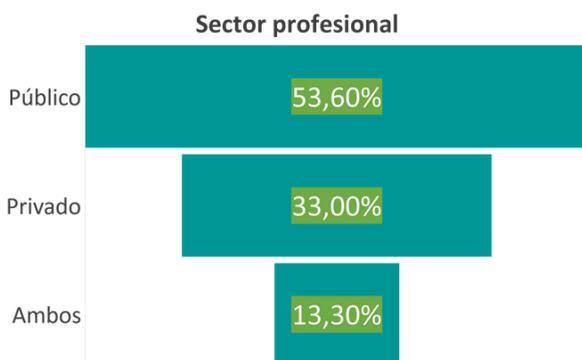


La media de la edad es de **41 años**, aunque el rango fue muy amplio, comprendiendo edades entre los 21 y los 70 años.

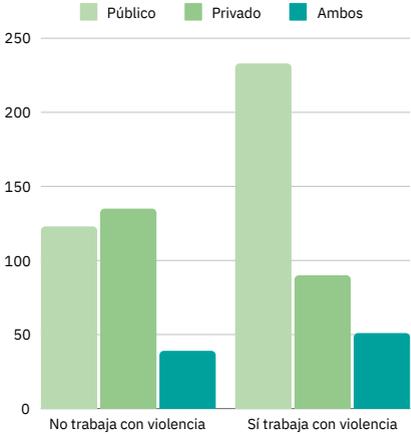
Una diferenciación relevante para este estudio es la distinción entre aquellas profesionales que trabajan en **exposición a violencia de género** y otros perfiles. Así se diferenciaron los casos de profesionales que sólo atienden a mujeres que sufren violencia de género, de otras profesionales que no tienen en exclusiva este tipo de atención al no pertenecer a recursos especializados.



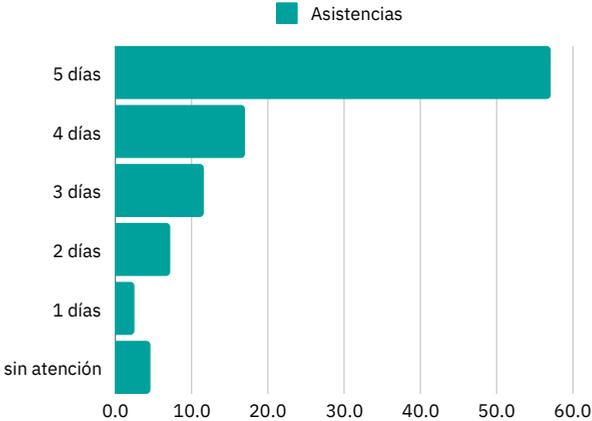
También se puede observar la distribución por sectores:



Como se aprecia en este gráfico, la mayoría de las participantes que atienden a mujeres en situación de violencia machista se encuentran trabajando en el sector público.



Estas profesionales también indicaron el número de días en los que atendían a mujeres en situación de violencia en sus organizaciones.

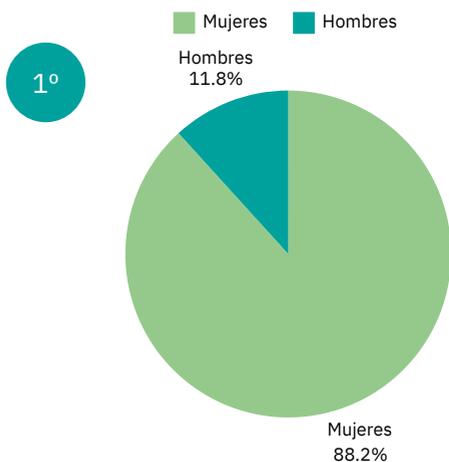


Más del 57% de las encuestadas trabajan todos los días en casos de violencia machista. Estamos pues analizando un conjunto de profesionales que casi diariamente asisten y atienden situaciones de violencia de género.

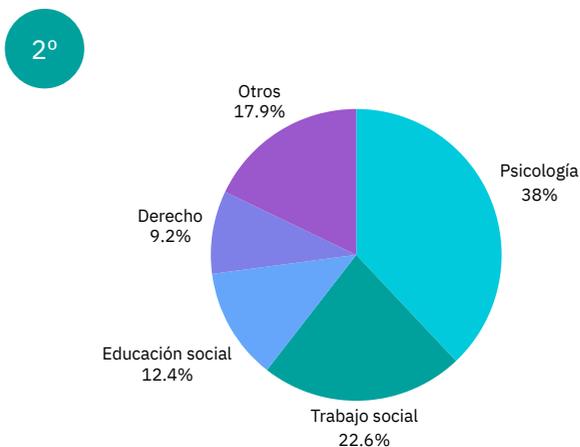
4. ANÁLISIS CUANTITATIVO

4.1. Participantes

Otras variables recopiladas fueron el sexo de las participantes (1º) y el ámbito laboral (2º):

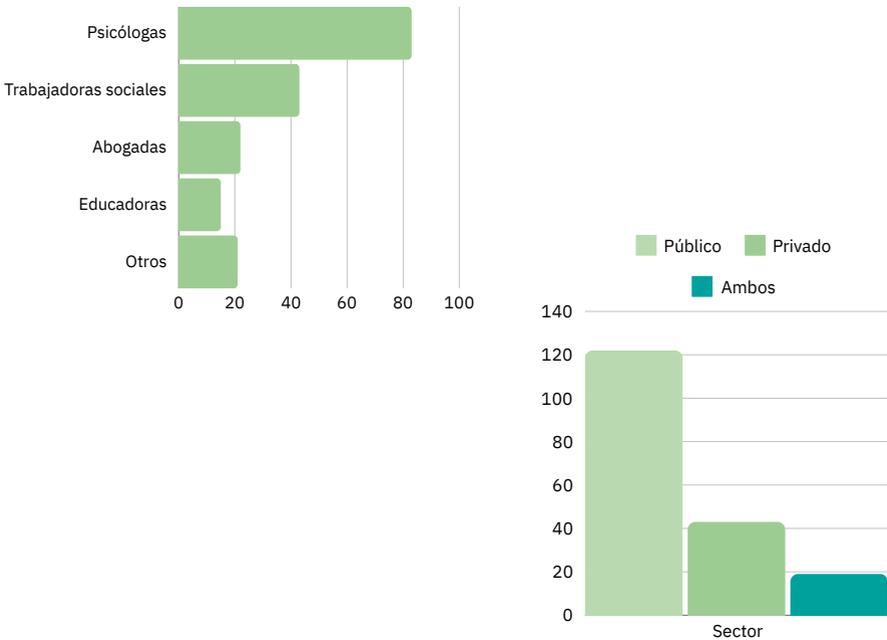


Como suele ser habitual en el ámbito de la salud la mayoría de las participantes son mujeres.



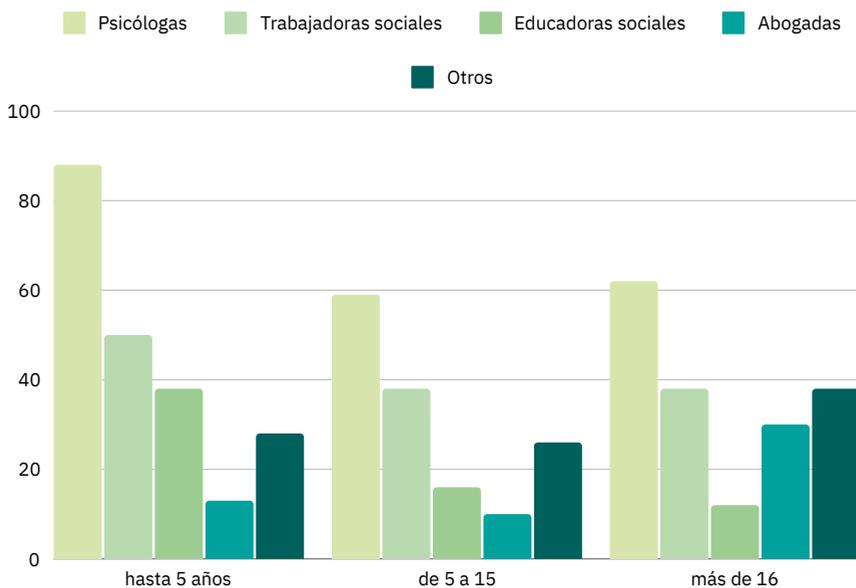
El mayor porcentaje de profesionales son psicólogas. En la categoría de Otros se incluyen profesionales de FCCCSS, Agentes de igualdad, mediadoras interculturales, Técnicas de inserción laboral, personal sanitario...

De entre estas profesionales que trabajan con **violencia de género**, se recopilaron datos de su profesión y su sector :



El **perfil profesional** más abundante es el de la **psicología**, seguido de trabajo social. Y estas profesionales se inscriben , de nuevo , en el sector público de forma mayoritaria.

Otra de las variables tenidas en cuenta, dada su relación con las formas de autocuidado y el desgaste profesional son los **años trabajados**. La media de desempeño profesional es de 10 años.



Otra información importante acerca del perfil de las participantes es la **formación adicional**. La mayoría tiene formación específica **en género** (287 personas) y otras en aquellos aspectos sobre los que desempeñan su actividad **en otras áreas** (245 profesionales) como inmigración, menores, mayores, etc.

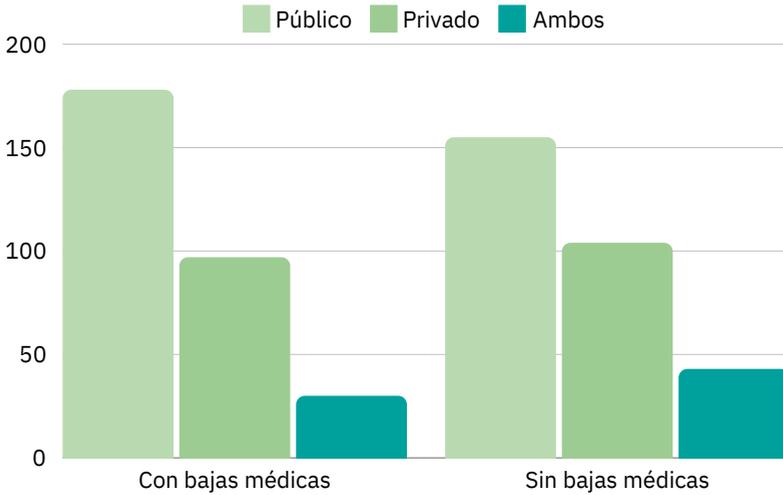
FORMACIÓN ADICIONAL EN GÉNERO

• 287

FORMACIÓN ADICIONAL EN OTRAS ÁREAS

• 245

Finalmente, como indicador de salud, se contabilizó el número de **bajas médicas en los 3 últimos años** y su porcentaje en cada uno de los sectores laborales.



Como se aprecia en el gráfico, no existen diferencias en cuanto al número de bajas por sector. En cuanto a los tipos de bajas están son por **enfermedad común**.

Merece la pena destacar que solo un porcentaje muy pequeño (5,6%) refiere **bajas por salud mental**, estrés laboral o burnout.



4. ANÁLISIS CUANTITATIVO

4.2. Variables

Bienestar Psicológico

Llamamos **bienestar psicológico** a la capacidad de funcionar correctamente de forma psíquica y a la ausencia de fenómenos que puedan provocar malestar.

Para medir este aspecto se usaron **12 ítems** del test **GHQ-12**, cuyas respuestas se encuentran en una escala entre 0 y 3 para recoger los datos más exactos.

Autocuidado

Para medir el **autocuidado** de las profesionales se usó la **adaptación española del test SCAP**, el cual consta de **5 subescalas** fundamentales. Las medias de cada subescala fueron:

Desarrollo
Profesional
 $\alpha = 0,78$

Apoyo
Profesional
 $\alpha = 0,77$

Equilibrio en la
vida
 $\alpha = 0,79$

Conciencia
Cognitiva
 $\alpha = 0,73$

Equilibrio Diario
 $\alpha = 0,70$

Otros aspectos valorados

- Satisfacción con el equipo:

Muchas profesionales trabajan en entornos no aptos para recibir/dar apoyo.

- Cuidado de la organización:

Se aprecia una distancia respecto de las instituciones y empresas/organizaciones responsables a la hora de cuidar aspectos importantes para el día a día en el trabajo.



Todas estas variables se midieron con el cuestionario online formado por los test mencionados anteriormente.



Otros aspectos valorados

- Causas de **desánimo laboral**:
 - *Falta de reconocimiento*: Socialmente, las profesionales no reciben agradecimiento.
 - *Condiciones laborales*: Las profesionales no siempre reciben las correctas condiciones y seguridad.
 - *Sobrecarga laboral*: Muchas profesionales atienden durante largos períodos de tiempo a muchas personas, en algunos casos sin permitirse descansos.
 - *Falta de personal*: Existe una falta de profesionales que puedan cubrir la demanda de sus consultas.



Todas estas variables se midieron a través del cuestionario online formado por las escalas mencionadas anteriormente y los ítems de carácter sociolaboral.

4. ANÁLISIS CUANTITATIVO

4.3. Resultados

Malestar psicológico y grupos de riesgo

Los resultados del nivel de malestar de las participantes recopilados gracias al test GHQ-12 ($\alpha=0'75$) muestran que:

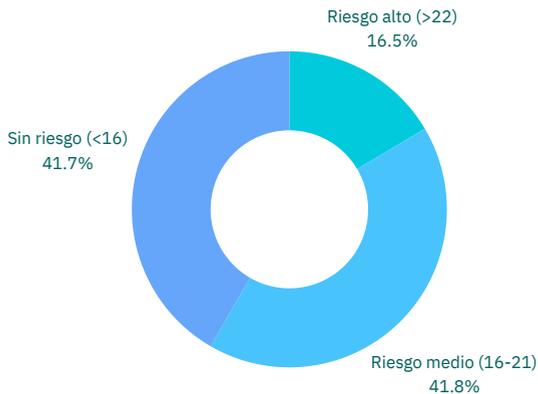
Los ítems más significativos, ya que presentan las puntuaciones más altas, nos indican qué aspectos son los que mayores niveles de malestar psicológico producen.

En concreto, estos tres ítems significativos están relacionados, no poder concentrarse, y sentirse agobiada mantiene relación con la incapacidad para afrontar problemas.

ÍTEM	MEDIA (0-3)	DESVIACIÓN TÍPICA
1.- ¿Puede concentrarse?	1'64	0'729
5.- ¿Está siempre agobiada y tensa?	1'62	0'930
8.- ¿Puede afrontar bien sus problemas?	1'69	0'704

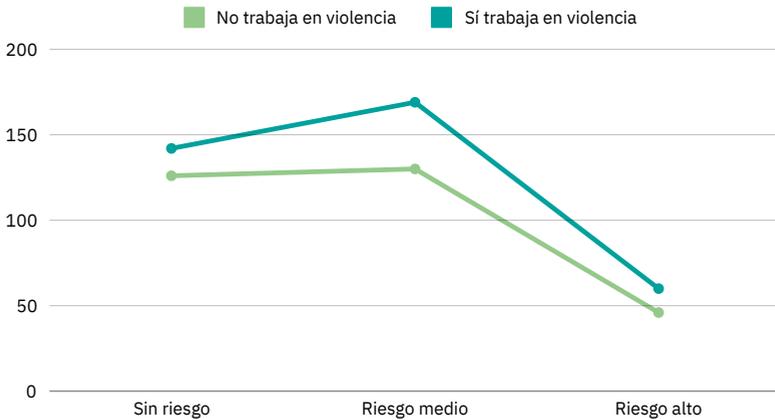
La **prevalencia** de distress psicológico hallada en el conjunto de participantes del estudio se sitúa **entre el 12'84% y 18'29%** con nivel de confianza 95%, lo que se aproxima a la **de la población española**.

En el gráfico se muestran los grupos según el **nivel de riesgo** que presentan las personas participantes del estudio.

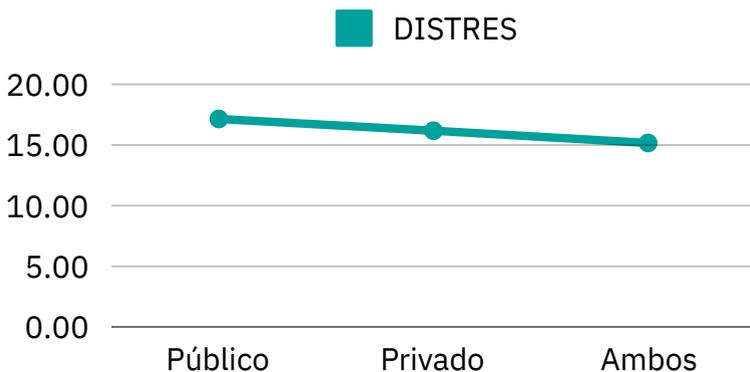


Es evidente que un porcentaje amplio de profesionales muestran niveles de distress psicológico importante y que un 16,5% se encuentran en una situación de alto riesgo.

Tomando en cuenta los niveles de malestar y diferenciando entre los grupos de riesgo y la exposición de las profesionales a violencia, se observan tendencias similares.



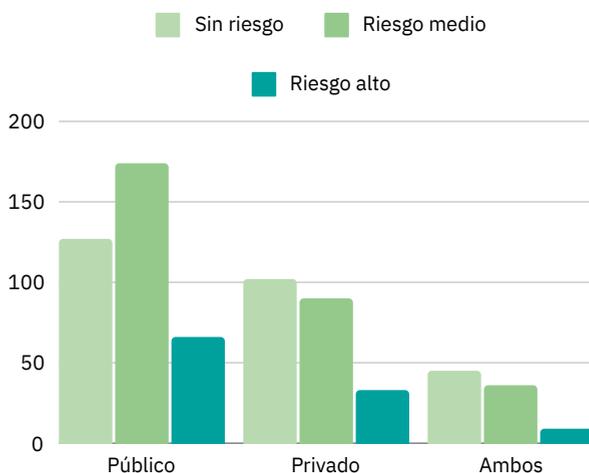
Aunque entre las puntuaciones anteriores no se encuentran diferencias significativas, donde sí se muestran es en los niveles de malestar psicológico cuando se comparan los sectores profesionales de las participantes:



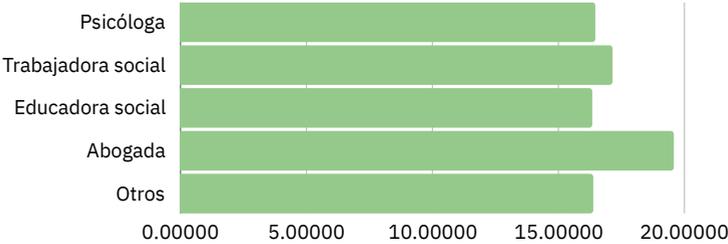
Con estos datos, vemos que la cantidad de profesionales que **trabajan en violencia presentan mayor riesgo**. Además, las profesionales sufren **mayor malestar psicológico** cuando se dedican al **ámbito público**, en comparación con los otros sectores.



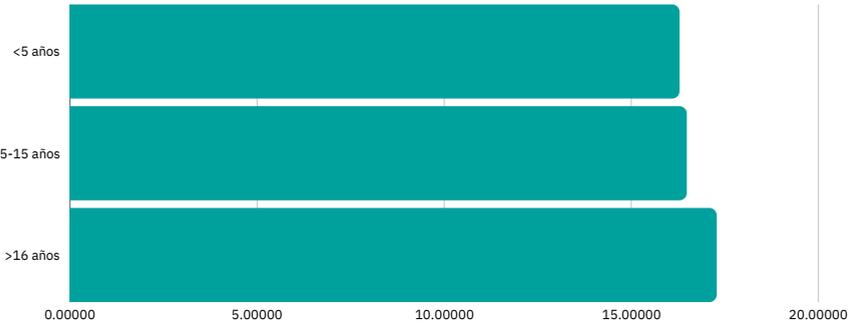
También se dividió el número de participantes entre los **niveles de riesgo** a los que se exponen **según el sector profesional** en el que trabajan. En la siguiente gráfica vemos como los resultados se asemejan a aquellos de las dos tablas anteriores.



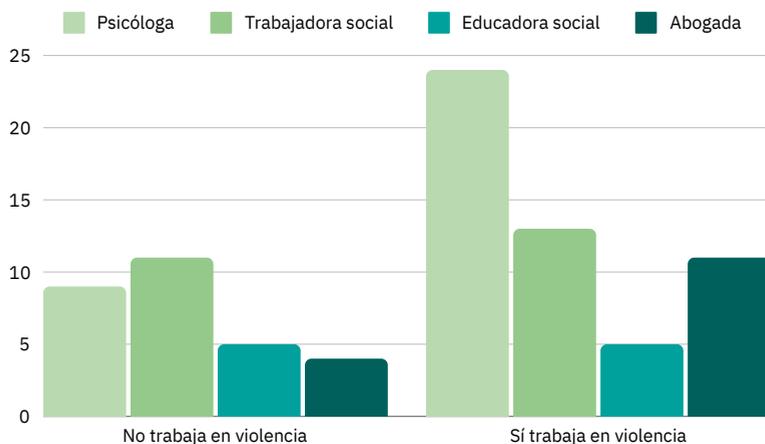
En el análisis de **malestar psicológico por profesiones**, las **abogadas** presentaban un **nivel más alto** en comparación con otras profesiones.



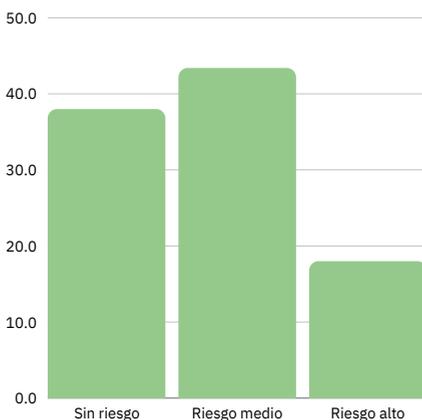
Los **años dedicados** a la profesión también influyen en el **aumento de la sensación de malestar** psicológico, aunque los niveles base ya son significativamente altos:



Para aquellas profesionales que se encuentran en el **grupo de alto riesgo** se analizaron sus datos dependiendo de su exposición a la **violencia** y la **profesión** a la que se dedicaban.



Por último, se analizó el **nivel de riesgo** al que se exponen las profesionales que **solo trabajan en violencia de género**. De las 184 participantes que cumplían esta condición, la distribución entre los tres distintos grupos sigue la **tendencia que hemos podido comprobar en otras condiciones**.



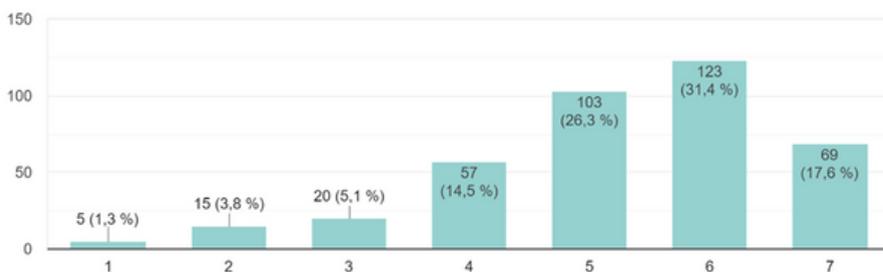
Actitudes hacia la intervención

Profesionales en V.G.

Un indicador de la dificultad que entraña el trabajo de las profesionales que acompañan a las mujeres en situación de violencia de género es el hecho de que un 75% declara que intenta hacer más de lo que debería.

1. Ante determinados casos de violencia, en los que me siento atrapada/o por su gravedad, intento hacer más de lo que debería.

392 respuestas



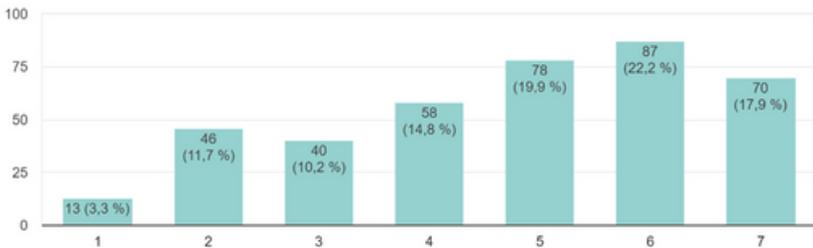
Obviamente, esta evaluación de la situación implica una base de malestar ante el desarrollo profesional, dada la percepción de gravedad de los casos a los que se atiende.

Profesionales en V.G.

Otro elemento relevante que provoca malestar es el hecho de que frecuentemente las profesionales consideran que la sensación de impotencia y de incapacidad para ofrecer recursos es frecuente. Algo que afirman un 60% de las encuestadas.

7. A veces no puedo hacer nada ante los problemas con los que me encuentro para ofrecer recursos a las mujeres

392 respuestas



Recordemos que el sentimiento de impotencia y frustración es muy complejo y difícil de manejar, si bien en estas actividades profesionales se puede ver agravado por la dificultad de los procesos vitales y la complejidad de la realidad social de las mujeres a las que atienden.

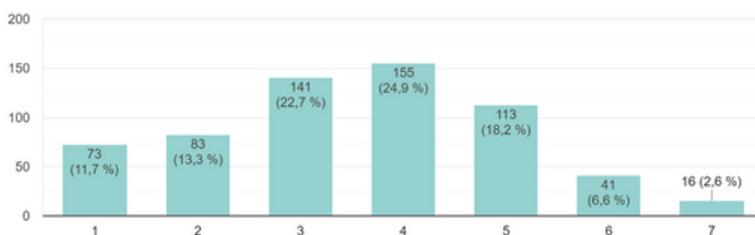
Actitudes hacia la intervención

Profesionales de otras áreas.

Para quienes trabajan con otras problemáticas, la frustración se muestra responsabilizando a las personas de sus dificultades y del compromiso que adquieren en el proceso de intervención. Así lo afirma un 27.4% de las encuestadas.

5. Tengo mis dudas sobre si debo implicarme más en el caso cuando veo a usuarios/os que no muestran ningún compromiso con la ayuda que se les ofrece.

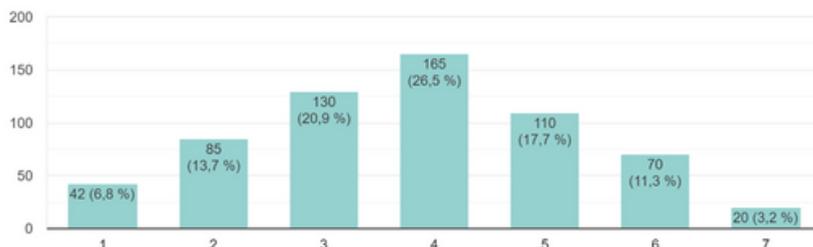
622 respuestas



Asimismo, el 32.2% mantiene distancia emocional con las personas que atiende:

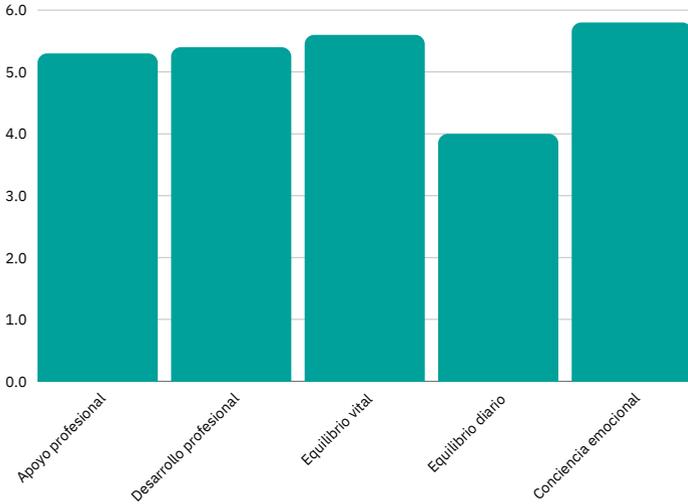
6. Mantengo cierta distancia emocional con las usuarias/os para protegerme.

622 respuestas

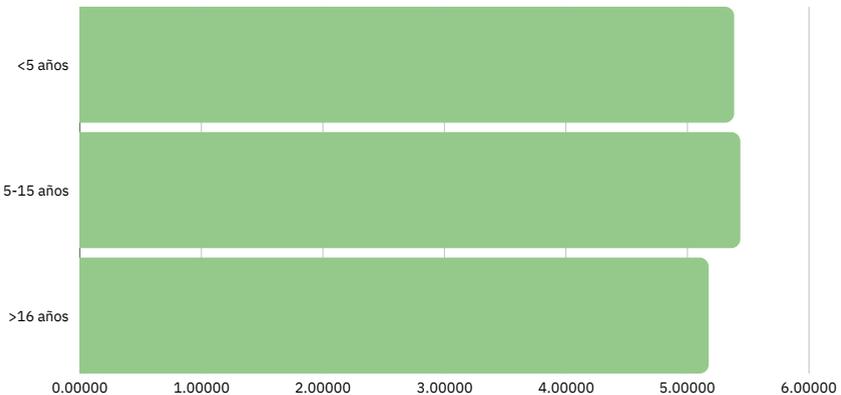


Niveles de autocuidado

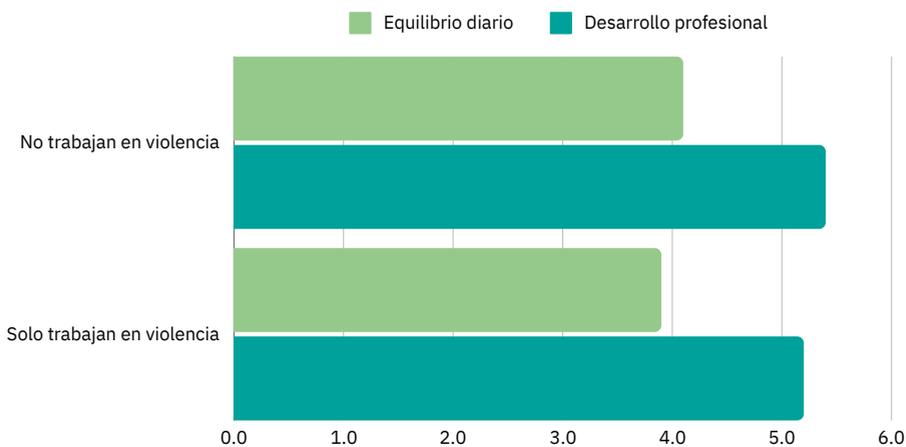
A pesar de las puntuaciones altas en malestar psicológico y exposición a riesgo, las puntuaciones en autocuidado son notablemente altas.



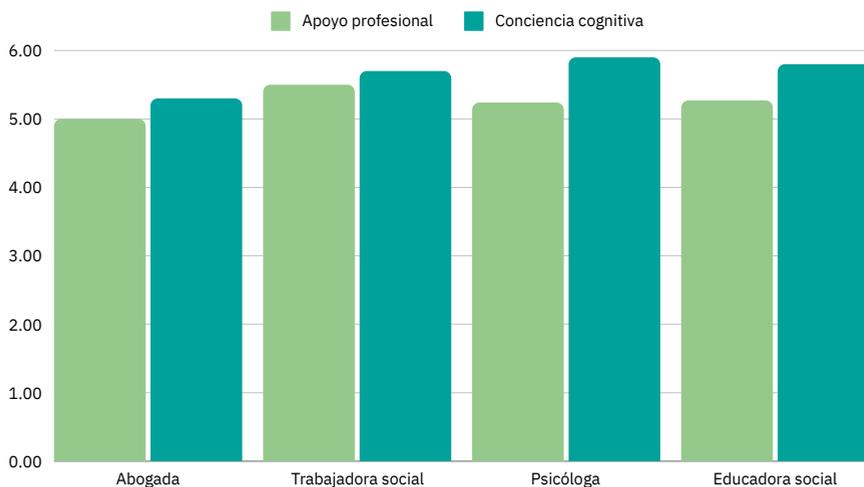
La importancia de algunos elementos de autocuidado varía dependiendo de los años que las profesionales se hayan dedicado a su profesión. En concreto, estas diferencias se pueden ver en la importancia dada al apoyo profesional respecto a los años trabajados:



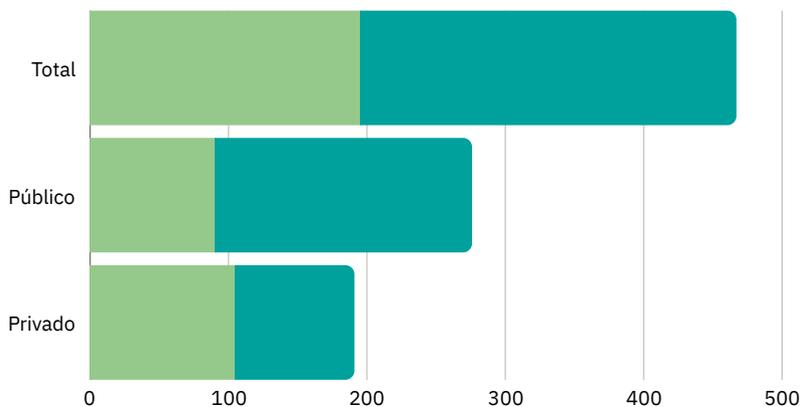
En aquellos **grupos que trabajan en violencia** también existen diferencias significativas respecto a las profesionales que no trabajan en violencia. Esto se nota especialmente en las **puntuaciones de equilibrio diario y desarrollo profesional**:



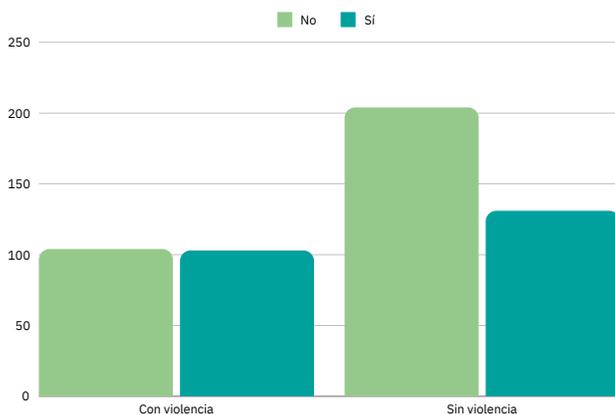
Diferenciando entre **profesiones**, los resultados muestran que las puntuaciones más bajas en **apoyo profesional** y **conciencia cognitiva** se presentan en las **abogadas**.



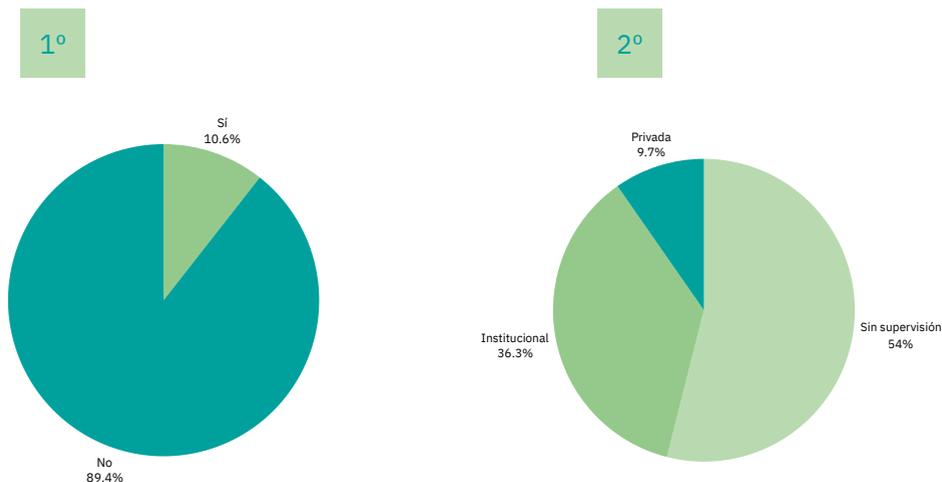
Aparte de los resultados referentes al cuidado individual de cada profesional, también se registró el nivel de cuidado que se recibe desde las organizaciones responsables. Comparando entre sectores, las profesionales del sector público se sienten significativamente menos cuidadas que las profesionales del sector privado.



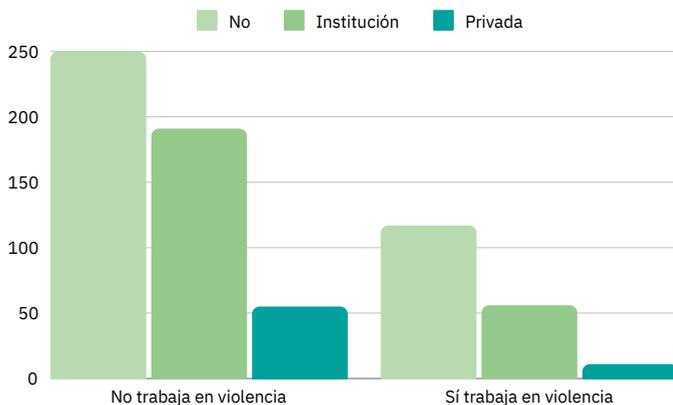
La percepción de cuidado organizacional también variaba dependiendo de si las profesionales trabajaban o no en ámbitos de violencia.



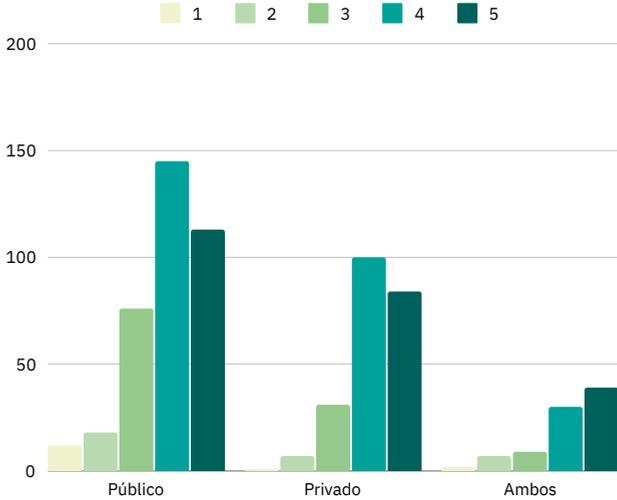
Respecto a la implicación de las organizaciones en el cuidado de las profesionales se midieron los porcentajes de **apoyo psicológico** (1º) y la **supervisión en los casos** (2º).



El **apoyo psicológico** es prácticamente inexistente. Si se tiene en cuenta la diferencia entre las profesionales que trabajan **en violencia**, Hay una mayoría (117) que no recibe **supervisión profesional**.



Según el sector, se les pidió a las participantes que puntuasen del 1 al 5 su satisfacción con el equipo:



4. ANÁLISIS CUANTITATIVO

4.4. Conclusiones

Desánimo por la falta de reconocimiento

Las profesionales en violencia de género se desaniman más por la desconsideración social.

Jornadas, itinerancias y espacios de atención

Las profesionales en violencia de género trabajan en peores condiciones laborales.

Falta de personal

Las profesionales en violencia de género deben trabajar más para suplir la falta de personal.

Sobrecarga

Las profesionales en violencia de género sienten mayor sobrecarga emocional y laboral que profesionales sin violencia.

Algunos apuntes finales:

- Implementar procesos de *screening* para detectar malestar psicológico en las profesionales.
- Mejorar las medidas de cuidado organizacional.
- Prestar especial atención a aquellas profesionales que trabajen en violencia de género.

5. ANÁLISIS CUALITATIVO

¿Cómo lo hemos hecho?

5.1. Metodología del Análisis Cualitativo

Para el análisis del discurso y las formas específicas de autocuidado que las profesionales llevan a cabo, se realizaron distintos Grupos de discusión como herramienta de recogida de datos.



Primero, se elaboró una guía que contenía un total de 6 cuestiones, relacionadas con los temas pertinentes y con posibilidad de respuestas generales y abiertas para que todas las participantes pudiesen intervenir.

Los grupos se formaron dependiendo de las variables relevantes que todas las participantes compartían.

Las sesiones de grupos fueron grabadas solo en audio, previo consentimiento de las y los participantes con el fin de su posterior análisis.

5. ANÁLISIS CUALITATIVO

5.1. Metodología

Técnica de recogida de datos:

Grupo de discusión

Criterios de inclusión:

Profesionales que trabajen en el ámbito de la violencia de género (sector público y/o privado)

Participantes:

40 profesionales: 38 ♀ 2 ♂

- Criterios para conformar los grupos:
 - Edad
 - Años de intervención en violencia
 - Responsabilidad en el cuidado diario familiar
 - Perfiles: psicología, trabajo social y educación social

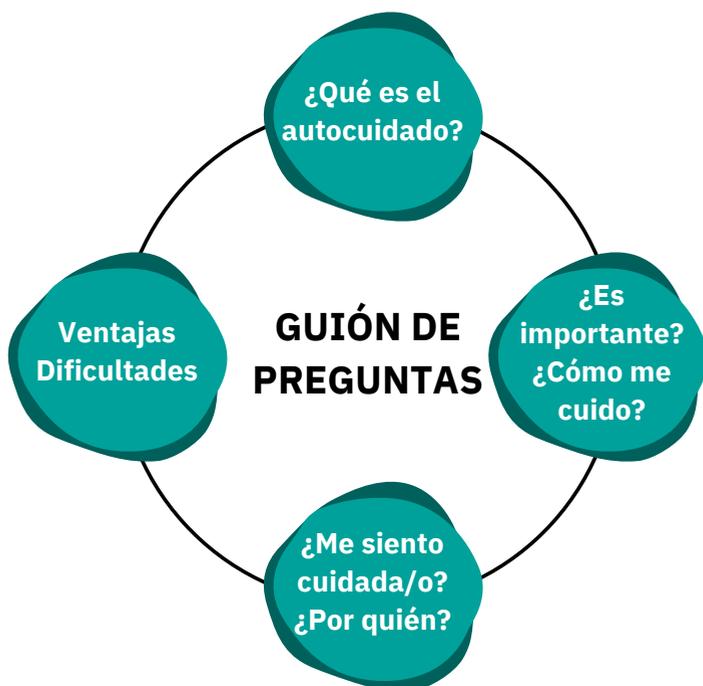


Procedimiento:

- Recogida de datos entre **junio y octubre 2023**
- 2 grupos en modalidad **presencial** y 2 grupos en modalidad **online**
- **Ámbito geográfico:** Región de Murcia, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana

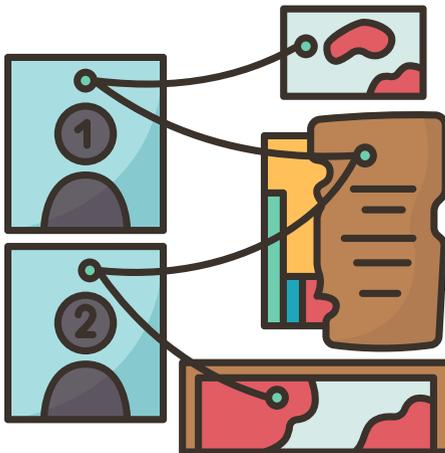
Instrumento:

Guión de preguntas elaborado ad-hoc



Análisis temático (Braun and Clarke, 2012):

1. Grabación de las sesiones grupales y transcripción de su contenido.
2. Lectura atenta y reflexiva del material transcrito.
3. Codificación y generación de temas.
4. Conformación de mapas temáticos.
5. Presentación de resultados



5. ANÁLISIS CUALITATIVO

5.2. Resultados

Los **resultados** extraídos al realizar el **análisis temático** de los **grupos de discusión** se presentan a través de los **temas** emergentes en el análisis. A continuación se define cada uno de ellos para explicar su contenido.

Temas con su respectiva definición:

AUTOCAUIDADO *estudio cualitativo*

FORMAS

Formas de preservar la calidad de vida profesional previniendo y reduciendo los riesgos que conlleva la intervención

CONSECUENCIAS

Coste de la falta de autocuidado que se expresa como un conjunto de síntomas psicológicos y físicos ligados al desarrollo de la profesión

CONDICIONANTES

Factores que influyen en el cuidado de profesionales y equipos

DEMANDAS

Peticiones y estrategias dirigidas a la empresa e institución para mejorar su situación

5. ANÁLISIS CUALITATIVO

5.2. Resultados

Los **resultados** extraídos al realizar el **análisis temático** de los **grupos de discusión** se presentan a través de los **temas** emergentes en el análisis. A continuación se define cada uno de ellos para explicar su contenido.

Temas con su respectiva definición:

AUTOCAUIDADO *estudio cualitativo*

FORMAS

Formas de preservar la calidad de vida profesional previniendo y reduciendo los riesgos que conlleva la intervención

CONSECUENCIAS

Coste de la falta de autocuidado que se expresa como un conjunto de síntomas psicológicos y físicos ligados al desarrollo de la profesión

CONDICIONANTES

Factores que influyen en el cuidado de profesionales y equipos

DEMANDAS

Peticiones y estrategias dirigidas a la empresa e institución para mejorar su situación

FORMAS DE AUTOCUIDADO

reflejadas en

PENSAMIENTOS

Desconexión

para separar el trabajo de la vida personal

Autopercepción

Toma de contacto interna para atender las necesidades propias.

CONDUCTAS

Apoyo

Equipo, red profesional, institucional y otros espacios compartidos a nivel laboral. A nivel personal, tiempo y actividades compartidas con amistades, pareja y familia

Actividades

Tiempo de ocio, descanso, relajación, crecimiento personal, profesional, psicoterapia...

Protección

Comunicación asertiva y establecimiento de límites



FORMAS DE AUTOCUIDADO

BASADAS EN LA NECESIDAD de:

Desconectar



Deporte, meditación, yoga, actividades de creatividad, peluquería, pintura, viajes....
Descanso y tiempo de ocio
Cuidado diario fuera del trabajo

Auto-percibirse



Estar centrada en una misma, tenerse en cuenta y tomarse en serio todo aquello que afecta y repercute en el propio bienestar.
Orientarse hacia el logro de un equilibrio emocional, favoreciendo la autorregulación.

Apoyarse



Cuidado recíproco a través de la relación laboral, familiar, de amistad y de pareja.
Búsqueda de espacios para compartir las experiencias, dudas, reflexiones a nivel profesional y psicoterapéutico.

Protegerse



Establecer la distancia necesaria para salvaguardar el espacio propio. No contaminar redes de apoyo personal con la experiencia laboral
Mostrar asertividad a la hora de definir objetivos y prioridades desde los sentimientos y la necesidad.

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE AUTOCUIDADO

DAÑOS Y PROBLEMAS

PSICOLÓGICOS

FÍSICOS

Estados emocionales



Malestar, ansiedad, estrés, preocupación, miedo, indefensión, rabia, culpa, frustración

Desgaste psicológico



Sobrecarga, saturación, sentimiento de estar quemada, de pérdida de salud, agotamiento, baja motivación

A nivel corporal



Alteraciones de la tensión arterial, dolores de estómago, musculares, espalda, mareos, enfermedades genitales, agotamiento, alimentación descuidada, reiterados procesos gripales, etc.

FACTORES

que influyen en profesionales y equipos

CONDICIONANTES que:

IMPIDEN

Bienestar laboral

Por la sobrecarga y falta de estabilidad en el tipo de contratación, permisos que faciliten el descanso, espacios adecuados para el desarrollo de la actividad, inadecuada distribución de la jornada, descoordinación...

Protección

A consecuencia de la violencia recibida en forma de juicios sobre las mujeres supervivientes, sobre las profesionales, así como la derivada de la instrumentalización que desde instancias políticas e institucionales se realiza sobre esta problemática. También es condicionante la violencia de segundo orden a la que como profesionales están expuestas al apoyar y trabajar con mujeres en situación de violencia. Esta violencia es ejercida a través de comportamientos intimidatorios en forma de amenaza, agresiones verbales y/o denuncias por parte de maltratadores y otras personas del entorno.

SE ORIGINAN en

Sistema social

Especialmente el sistema de género que incluye normas y creencias que se incorporan en el desempeño del rol profesional y que toman especial significancia en determinadas etapas del ciclo vital

Compromiso personal

Derivados de la autoexigencia adquirida en el desempeño profesional fruto de expectativas propias, del equipo y de la institución.

Peticiones y estrategias dirigidas a la empresa e institución para mejorar su situación

DEMANDAS ORGANIZACIONALES a nivel:

ESTRUCTURAL

Mejoras en:

- Los espacios físicos dedicados a la intervención en cuanto a ventilación, iluminación, sonoridad, comodidad, amplitud... para crear entornos de trabajo saludables que propicien la privacidad y la acogida de las personas usuarias y cubran las necesidades de equipo.
- El funcionamiento de los servicios a través de creación y revisión de protocolos para la evaluación de riesgos y la promoción de la salud laboral, así como la coordinación y el trabajo en red.
- Protección laboral y seguridad de las trabajadoras.

CULTURAL

- Cambios que faciliten una cultura organizacional que favorezca la especialización de las personas trabajadoras en el ámbito de la violencia machista a través de formación y supervisión continua.

- Reconocimiento del valor de prevención e intervención en VG dada la especialidad y la responsabilidad de esta profesión.

5. ANÁLISIS CUALITATIVO



5.3. Conclusiones

- El autocuidado se considera tanto una necesidad como una obligación que las profesionales elaboran a partir de sus condiciones personales y trasladan como demanda a las organizaciones en las que trabajan.
- Se observa una interconexión entre los distintos niveles del autocuidado: el personal, el interpersonal, el grupal, el institucional/organizacional y el macrosocial en cuanto a las formas, obstáculos, consecuencias y posibilidades de cambio.
- Se aprecia una alta tolerancia al malestar: solo se externaliza y se piden cambios cuando se llega a situaciones límite.
- El bienestar profesional no puede analizarse sin considerar el poder de la institución como eje que articula la relación laboral.
- Así, las condiciones laborales, las violencias recibidas y las demandas organizacionales quedan relacionadas en el discurso de las participantes.

5. ANÁLISIS CUALITATIVO



5.3. Conclusiones

- Es importante fomentar una perspectiva crítica que desvele las trampas del autocuidado como discurso social que promueve la individualización de la problemática.
- Se constata la existencia de un discurso del autocuidado en profesiones feminizadas (enfermería, psicología, trabajo social...). Sin embargo, en aquellas tradicionalmente ocupadas por hombres se habla de prevención de riesgos laborales, pensemos en profesionales de ámbitos como prisiones, policía o cuerpo de bomberos.
- A pesar de que una mayoría de profesionales no se siente cuidada por sus organizaciones, sí muestra deseo de continuar trabajando en violencia de género.



6. A MODO DE REFLEXIÓN



El estudio realizado se diseñó para ofrecer una visión completa y rigurosa sobre cómo las y los profesionales que trabajan en el ámbito de la violencia de género aplican medidas de autocuidado, su relación con los niveles de salud y cómo valoran sus condiciones laborales. Partimos del convencimiento de que el autocuidado, pese a ser imprescindible, no es el único determinante del bienestar en el ámbito laboral.

Como es habitual en las profesiones vinculadas a la salud y los cuidados, se aprecia que este colectivo está representado por una mayoría de mujeres. Ellas muestran su desánimo en mayor medida que otras/os profesionales que trabajan en ámbitos diferentes a la violencia de género, tanto en relación a la sobrecarga de trabajo, como la falta de personal, el poco reconocimiento social e institucional y unas condiciones laborales más precarizadas. Por otra parte, las profesionales de la intervención con supervivientes de la violencia de género, casi la totalidad de ellas, no recibe apoyo psicológico, y quien lo recibe, lo hace de forma privada.

6. A MODO DE REFLEXIÓN



En cambio, la satisfacción con el equipo de trabajo es muy satisfactorio; un hecho que también resaltan las/os profesionales que trabajan en otras problemáticas que no son la violencia de género. Sin embargo, son las profesionales de violencia de género quienes perciben más riesgo en su desempeño laboral y mayor distrés psicológico comparadas con el resto de profesionales que no están en este ámbito de trabajo.

Por otra parte, independientemente de la problemática en que se trabaje, las/os profesionales atienden adecuadamente a las dimensiones del autocuidado, pero, sobre todo, son las/os profesionales de la violencia de género quienes lo hacen cuando la situación de malestar está ya en una situación límite. Puesto que la mayoría de la muestra estudiada lleva más de 18 años de experiencia laboral, estas situaciones de riesgo y malestar han sido experimentadas en mayor medida que las vividas por las profesionales más jóvenes, ya que como mencionábamos, su carrera profesional ha sido suficientemente larga como para poder acumular dicho nivel de distrés psicológico sin el suficiente autocuidado.

6. A MODO DE REFLEXIÓN



Otra conclusión importante es que quienes trabajan con violencia de género perciben que se sienten menos cuidadas por sus organizaciones que quienes lo hacen en otros dispositivos y para otras problemáticas.

Además, estas profesionales presentan una alta tolerancia al malestar procedente del ámbito de intervención concreto en el que desempeñan su trabajo (las violencias machistas). Llama la atención que, siendo su nivel de distress psicológico elevado, hasta que no llevan más de una década trabajando no comienzan a tomar consciencia de que se encuentran en una situación límite para enfermar. Probablemente, junto a la socialización de género centrada en el cuidado, las situaciones de necesidad a las que se enfrentan diariamente les hace complicado tomar decisiones sobre su propia salud, tal y como podría ser el hacer uso de la baja laboral, ya que parecen representarse esta opción como un abandono a las mujeres que atienden. Igualmente no dejan su intervención con las mujeres porque ello recaería sobre otras compañeras, puesto que no suele ser frecuente la posibilidad de contratación o sustitución de personal que además requiere un alto grado de cualificación y formación.

6. A MODO DE REFLEXIÓN



Sería pues necesario implementar procedimientos de cribado / screening para identificar los casos de alto riesgo y más críticos. Esta situación tiene claras consecuencias para la salud: tan significativas que (desde cefaleas a problemas digestivos, genitales, cervicalgia, insomnio...) las acerca a una situación de riesgo importante y a no poder desarrollar adecuadamente su labor profesional. De hecho, un alto porcentaje de la muestra considera el autocuidado como un aspecto esencial para mitigar del distrés psicológico, considerándolo una necesidad básica para poder desconectar de la problemática y afrontar eficazmente las exigencias de intervención que este colectivo requiere. Sin embargo, este grado de malestar no podría entenderse sin el poder de la institución como eje que articula la relación laboral.

Mención especial merece una de las demandas más importantes al sistema organizativo o institución que estas profesionales realizan: es que la suya sea considerada una profesión de riesgo, solicitando al recurso de prevención de riesgos laborales que sea estudiada dicha condición.

6. A MODO DE REFLEXIÓN



Desde este análisis, las principales demandas de este colectivo profesional van dirigidas a:

- la mejora de los espacios de trabajo (más saludables y dignos para las usuarias y adaptados a las reuniones en equipo).
- la equiparación de las condiciones laborales (revisión protocolos, menos sobrecarga y responsabilidad, más días de descanso, menos exigencia, más sustituciones, más personal, más apoyo social en los equipos y redes de coordinación...) con otros colectivos profesionales menos precarizados.
- la demanda de una formación continua ofertada por las instituciones a diferentes profesionales que trabajan con la problemática de la violencia de género (agentes y fuerzas de seguridad, ámbito sanitario y jurídico, profesionales de la intervención social, etc.).
- la supervisión para las profesionales que les permita acompañar los procesos psicológicos y sociales a los que diariamente se enfrentan dichas profesionales.

6. A MODO DE REFLEXIÓN



Si organizaciones internacionales como la OIT reconocen que las intervenciones para la evaluación de riesgos deben estar incorporadas en los entornos laborales, se deberían tener en cuenta los resultados aquí hallados de cara a iniciar una valoración de los mismos en este ámbito profesional.

Si para la OIT:

Un peligro es cualquier cosa que pueda ocasionar un daño, como por ejemplo, (...), un trabajo exigente y estresante, etc.

las instituciones, administraciones y demás organismos deberían comenzar a evaluar, desde la perspectiva de Riesgos Laborales, las consecuencias que el desempeño laboral tiene para estas profesionales. Si a ello añadimos las exigencias de cuidado que se hace a las mujeres, los niveles de autoexigencia y las condiciones materiales del trabajo, parece urgente avanzar en esta línea de intervención.

7. REFERENCIAS



- Braun, Virginia & Clarke, Victoria (2012). *Thematic analysis, In Handbook of research methods in psychology*. APA.
- Garrido-Macías, Marta et al. (2022). Assessing Self-Care in Psychologists: a Spanish adaptation of the SCAP scale. *PubMed*, 34(1), 143-150.
- Hensel, Jennifer. M. et al. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of traumatic stress*, 28(2), 83–91.
- Iliffe, Gillian, and Steed, Lyndall G. (2000). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *Journal of interpersonal violence* 15.4: 393-412.
- Mento, Carmela et al. (2020). Secondary traumatization in healthcare professions: A continuum on compassion fatigue, vicarious trauma and burnout. *Psychologia*, 62(2), 181-195.
- OIT: <https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--es/index.htm>
- Ortlepp, Karen & Friedman, Merle. (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress* 15, 213-222.



EJES para el BIENESTAR

Columbares

EJES PARA EL BIENESTAR.

Investigación sobre autocuidado de profesionales en Violencia de Género.
Proyecto Cuidarse para Cuidar.

Más información en:

-  [ejes_bienestar](#)
-  [Ejes para el Bienestar](#)
-  [Ejesbienestar](#)
-  [ejesparaelbienestar.es](#)

Organiza :



Financia:



Colabora:



Esta acción se desarrolla en el marco del Proyecto Cuidarse para Cuidar