

SALUD Y RIESGOS LABORALES EN LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR.

José María Espada Calpe
Trabajador Social ETF
Delegado de Salud y PRL



No existe ninguna investigación específica sobre los riesgos laborales que afectan al colectivo de los técnicos de los Equipos de Tratamiento Familiar (ETF) de las Administraciones Locales de Andalucía. Se han realizado dos grandes estudios sobre el “Programa de Tratamiento a Familias con Menores”. El primero se realizó por parte de la Universidad Pablo Olavide de Sevilla en colaboración con la Dirección General de Infancia y Familia de la Consejería de Igualdad, Salud y Bienestar Social¹; el segundo, denominado “Programa de Tratamiento a Familias con Menores: informe de evaluación. Andalucía 2008-2009”, se encargó a la Empresa KND desde la misma Consejería, realizando un estudio a partir de un cuestionario que fue administrado entre el colectivo de profesionales de los ETF y explotando los datos recogidos en las Memorias Técnicas Anuales que cada ETF debe evacuar para la renovación del convenio y subvención². Utilizaré datos de ambos estudios, además de literatura científica, método autobiográfico y perspectiva experiencial.

El estudio de la “Pablo Olavide”, en la parte social, dirigida por Cristina Villalba, trata específicamente las emociones de los profesionales de los ETF. En su Capítulo IV enumera los que podrían ser aspectos centrales en la salud psicosocial de los técnicos: *“Los profesionales que trabajan con familias, especialmente con individuos de contextos sociales degradados, se pueden encontrar con una carga de sufrimientos e incongruencias, que les produce una gran cantidad de reacciones emocionales: implicación emocional intensa, bloqueo, miedo, rabia, impotencia. Sin embargo, la reacción emocional también puede relacionarse con otras variables de tipo más organizativas como: (1) la posición en la estructura de su organización, (2) una vivencia emocional de rechazo, abandono o persecución, (3) frustración por la poca atención de las autoridades frente a sus problemas, (4) obstáculos para intervenir como fuente de vivencias negativas, (5) y una carencia de gratificaciones que no vienen ni desde los usuarios, ni de los colegas, ni de los niveles jerárquicos superiores.”* (Informe Final. Pg. 40)

Por otro lado el estudio de KND también ilumina las carencias en materia de salud laboral: *“Se constatan deficiencias en relación con las obligaciones en materia preventiva de las Corporaciones Locales: más de un 30% declara que no se ha llevado a cabo una evaluación inicial de los riesgos por puestos de trabajo ni se han adoptado medidas preventivas específicas. La formación en materia preventiva y la vigilancia de la salud también muestran carencias en las políticas preventivas. Los profesionales muestran un nivel global de satisfacción en el trabajo muy alto o alto (94,3%) que contrarresta el desgaste o*

1 (2009) Análisis del programa de tratamiento a Familias con menores y de los equipos de Tratamiento familiar. Rosario Valpuesta Fernandez, Cristina Villalba Quesada, Juan Miguel Gómez Espino y Rosalía Martínez García. I+D 2005-2007 la política de protección de la infancia en andalucía desde una perspectiva jurídica-social. Ministerio de Educación y al Proyecto de Excelencia 2006. Junta de Andalucía.
http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3484

2 (2012) KND “Programa de Tratamiento a Familias con Menores. Informe de Evaluación 2008-2009”. Dirección General de Infancia y Familias. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Informe de Evaluación”.
http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3476

quemazón que también declaran sufrir los ETF.”

Dentro de la complejidad de los riesgos y la salud laboral de los ETF daré aquí algunas pinceladas sobre **la violencia ocupacional de origen externo (VOE), la “traumatización secundaria³-vicaria”⁴ y el “Desgaste por empatía”**. Identifico estos fenómenos como la principal fuente de riesgos para este colectivo profesional. Adquieren estas problemáticas especial importancia en cuanto que su interacción puede llegar a condicionar en algunos casos las valoraciones, decisiones e intervenciones de los equipos en favor de una mayor tolerancia al maltrato infantil. En cierto modo se ha buscado objetivar y dar mayor seguridad, así como favorecer una mejor coordinación entre los distintos agentes que operan en el bienestar de la infancia a través de las Escalas de Valoración de Bienestar Infantil, lo que si bien supone una mejora evidente no ataja el tipo de riesgos que me gustaría visibilizar.

Quienes trabajan en el área del trauma y en general con el sufrimiento humano (tales como psicoterapeutas, trabajadores sociales, médicos, enfermeros, personal de rescate, etc.) son vulnerables al fenómeno de la “Traumatización vicaria-secundaria”. Son las emociones y conductas naturales resultantes de enterarse de un evento traumático, o una serie de ellos, experimentado por un otro significativo. Puede aparecer súbitamente y sin aviso en el profesional, y la literatura señala que se caracteriza por tres grupos de síntomas similares a los del “Trastorno por Estrés Post-Traumático”: 1 reexperimentación, 2 evitación y embotamiento psíquico; y 3 hiperactivación o hiperarousal.

En su consecuencia negativa extrema genera el “Desgaste por empatía”, un tipo de “burn-out” específico. La persona del terapeuta es la principal herramienta de la intervención familiar psico-socio-educativa. Dado que la empatía es un recurso importante en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes, se ha señalado la importancia del trabajo biográfico y experiencial del terapeuta ya que sus propias experiencias de sufrimiento pueden ser activadas y revividas. La literatura científica señala además que las personas que trabajan con infancia están especialmente expuestas, dado que se ha comprobado que el trauma y el sufrimiento infantil afecta más intensamente a los profesionales que otros tipos de traumas. Los técnicos/as de los ETF están expuestos invariablemente al “Desgaste por empatía” y la “Traumatización vicaria”.

Sabin-Farrell y Trupin (2003) planteaban que existe una especialmente alta incidencia entre los profesionales que ayudan en traumas. Investigaciones empíricas recientes como la de Ben Porat y Itzhaky⁵ constatan que el 39'44% de los técnicos que trabajan con violencia familiar y un 37'91% de los trabajadores sociales que trabajan en otros ámbitos sufren de traumatización vicaria, lo que inicialmente no apoya la tesis de Sabin-Farrell y Trupin en cuanto a su alta incidencia, pero al mismo tiempo apuntan que su estudio pueda sufrir un sesgo ya que: *“los sujetos tienden a ocultar los sentimientos negativos con relación a su desempeño profesional porque temen que este tipo de respuesta pudiera ser interpretada como una prueba de falta de competencia profesional”*⁶.

La literatura científica actual reconoce que las consecuencias de la traumatización vicaria varían ampliamente dependiendo de diversos factores y que aunque una de sus consecuencias más negativas es el “Desgaste por empatía”, también abre la puerta a oportunidades de crecimiento personal y consecuencias positivas para la persona del terapeuta. Uno de los factores que favorecen el crecimiento personal y resiliencia es el acceso a espacios de supervisión y formación, por lo que se puede afirmar que de una forma indirecta se venía realizando un esfuerzo preventivo en salud laboral por parte de la Junta de Andalucía y las

3 Charles Figley acuña en 1995 el término de “Traumatización secundaria” que se refiere a las implicaciones emocionales y de comportamiento que sufren los y las terapeutas que se exponen a las experiencias traumáticas experimentadas por otros significativos y al estrés experimentado como resultado del proceso de ayuda o el deseo de ayudar a las víctimas de esos traumas. También definió el “Desgaste por empatía” como un tipo especial de burnout propio de los trabajadores que lidian con el trauma.

4 Son McCann and Pearlman quienes en 1990 proponen el concepto de “Traumatización vicaria” para explicar las implicaciones negativas que tiene para la salud y la vida del terapeuta el trabajo con víctimas de traumas. Se suele señalar casi como intercambiables los conceptos de Traumatización vicaria y secundaria. Algunos señalan que la traumatización vicaria se centra en las experiencias internas, mientras que la “secundaria” se centra en los síntomas externos. McCann y Pearlman se centran en el proceso gradual de cambios internos en el terapeuta expuesto a experimentar por empatía los traumas de sus pacientes.

5 Estudio realizado con 214 trabajadores sociales en Israel. **Anat Ben-Porat & Haya Itzhaky (2009) Implications of Treating Family Violence for the Therapist: Secondary Traumatization, Vicarious Traumatization, and Growth.** Journal of Family Violence 2009, 24:507–515. Springer Science + Business Media, LLC.

6 Traducción propia (Ben-Porat & Itzhaky, 2009, Pp 513)

Administraciones locales a través de los espacios de formación que se facilitaron a este colectivo en el pasado reciente.

Otro de los factores definitorios que condicionan, limitan o mejoran las consecuencias de la exposición a “desgaste por empatía” es según señalan Steed y Downing (1998) la habilidad para crear fronteras y mantener un equilibrio entre la vida personal y profesional. Es inevitable a pesar de la preparación profesional específica en inteligencia emocional, que no aparezcan pensamientos referidos a los casos trabajados fuera del horario de trabajo. Cada profesional debe lidiar con el hecho de que no resulta fácil que el trabajo “salga de uno” aunque uno haya salido del trabajo.

El trabajo terapéutico se materializa en una relación personal-profesional que no se circunscriben a elementos discursivos, cognitivos o intelectuales; sino que la persona y las emociones del terapeuta quedan afectadas, así como su salud física. En el proceso de conocimiento y trabajo con la familia, el terapeuta empático presencia y vive con regularidad emociones de frustración, pérdida, rabia, dolor, tristeza. Esta situaciones no solo genera reacciones emocionales en el profesional sino físicas, hormonales, a veces no puede evitar que se le arrasen los ojos, que se haga un nudo en el estómago, rabia, alegría, satisfacción, etc. La reiteración de las situaciones negativas, con el constante “baño” de cortisol produce daños fisiológicos⁷ más allá del bienestar emocional del terapeuta. Es por ello que el número de intervenciones de calidad que el terapeuta puede ofrecer es limitado, porque tras una entrevista profunda, el terapeuta puede quedar física y emocionalmente exhausto.

Ben Porat et al., señalan como conclusiones que: *“Los terapeutas que trabajan con violencia en la familia reconocían cambios en sus percepciones, que estaban relacionados con sus creencias y sus esquemas sobre las relaciones conyugales, el mundo y la humanidad. (...) afirmaban que cambió su percepción de las relaciones conyugales y que las contemplaban ahora más desde la perspectiva del control y el poder como resultado de su trabajo. Además, los resultados indicaron que los participantes de este grupo habían comenzado a tener una visión del mundo y de la humanidad a través de “lentes grises”, y que habían perdido en gran medida la fe en la gente como resultado de su trabajo. O sea, que pensaban que el mundo era menos seguro y menos justo y percibían a la humanidad y la sociedad como agresivas, crueles y malvadas”.*

Para quien desconozca el trabajo de los ETF, se trata de equipos compuestos por trabajadores/as sociales, educadores/as y psicólogos/as, formados en terapia familiar sistémica/ecológica, que desarrollan intervenciones con familias con menores en riesgo social con el objetivo de prevenir potenciales medidas de protección ante situaciones de desamparo, así como con familias cuyos menores están tutelados por la Junta de Andalucía cuando hay indicios de que con ayuda profesional se puede eliminar la situación que dió lugar a la medida de protección y proceder el retorno de los menores con la familia. Villalba et al. señalan su situación privilegiada para la evaluación general del sistema de protección a la Infancia en Andalucía ya que son el principal puente entre la Prevención y la Protección, entre los Servicios Sociales Comunitarios y los servicios especializados de Menores y han de coordinarse conjuntamente con otros sistemas e instituciones que trabajan con las familias y/o la infancia, como el sistema educativo, el sanitario, el judicial, oficinas de empleo, FOPs y prisiones, etc.

Se trata pues de un colectivo de trabajadores de atención directa de la administración local que reciben a las familias y realizan terapia familiar en despacho, pero que se desplazan diariamente a los centros municipales alejados, acuden al vecindario, asociaciones, realizan visitas a domicilio, a colegios, centros de salud, juzgados, comisarias, acompañan a la familia en algunas gestiones, van a hacer la compra con ellos cuando es necesario, dinamizan recursos socioeducativos de ayuda a domicilio, realizan talleres y

⁷ Elizabeth Scott, M.S. (2014) *Cortisol and Stress*: “Higher and more prolonged levels of cortisol in the bloodstream (like those associated with chronic stress) have been shown to have negative effects, such as: Impaired cognitive performance, suppressed thyroid function, blood sugar imbalances such as hyperglycemia, Decreased bone density, decrease in muscle tissue, higher [blood pressure](#), lowered [immunity](#) and inflammatory responses in the body, slowed wound healing, and other health consequences, Increased abdominal fat, which is associated with a greater amount of health problems than fat deposited in other areas of the body. Some of the health problems associated with increased stomach fat are [heart attacks](#), [strokes](#), the development of [metabolic syndrome](#), higher levels of “bad” cholesterol (LDL) and lower levels of “good” cholesterol (HDL), which can lead to other health problems.” <http://stress.about.com/od/stresshealth/a/cortisol.htm>

excursiones, etc.

El contexto de trabajo es semi-voluntario, la mayoría de las familias que son derivadas al ETF tras una notificación de posible maltrato, abandono y/o negligencia en el sistema andaluz SIMIA de detección y notificación de maltrato infantil y una primera intervención de las Unidades de Trabajo Social. Generalmente no desean la supervisión ni ayuda de profesionales pero se ven forzadas a aceptarla como oportunidad y tratan así de evitar la intervención del Servicio de Protección de Menores. Es una motivación válida a partir de la cual los ETF intentan generar mayor conciencia de la problemática y motivación para el cambio, pero no siempre se logra el objetivo preventivo aunque se vienen señalando cifras de éxito superiores al 80% de los casos en la eliminación, reducción o mantenimiento en nivel leve/moderado del riesgo social. En algunas ocasiones sin embargo los ETF participan en la valoración de una situación de desamparo y los menores son protegidos o no regresan con su familia, siendo estos equipos frecuentemente señalados por las familias como responsables.

Estas dos características de atención directa y de contexto de intervención forzada determinan la evaluación de riesgos de los técnicos de los ETF: son profesionales que están especialmente expuestos y enfrentan riesgos incrementados de violencia ocupacional de origen externo (VOE) -especialmente en el actual contexto de dualización social, crisis económica, desempleo, recortes, políticas de austeridad y empeoramiento de las condiciones de trabajo-. A pesar de que los técnicos de los ETF son expertos en la contención emocional, en lidiar con el dolor, trabajan en situaciones de crisis y conflictos con riesgo de ser objeto de agresiones por las características de los propios usuarios (personas desorientadas, con fuertes emociones de rabia e ira, en ocasiones con antecedentes violentos y que han cometido delitos graves, personas que sufren trastornos de personalidad o adicciones severas sin seguimiento o tratamiento adecuado, etc).

Valpuesta et al (2009, Pg. 43) recogía en el Informe Final que: *"Tras el análisis de los grupos de discusión realizados a los/as profesionales de los equipos de tratamiento de Andalucía, podemos afirmar que los aspectos que influyen más significativamente en la ansiedad y el estrés de ellos/as son: (1) el miedo y la amenaza desde algunas familias hacia los profesionales, (2) la duración y las características de la jornada laboral, (3) la movilidad, la rotación y la inestabilidad laboral, (4) la gratificación laboral (sueldos) y (4) la sobrecarga de casos."*

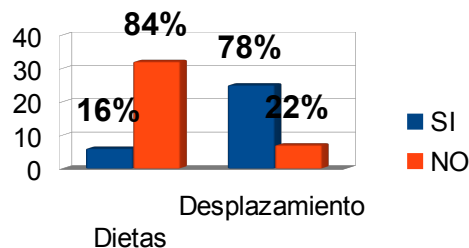
La violencia ocupacional de origen externo ha sido sujeto de desarrollo reciente por parte del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Se han realizado publicaciones, formaciones y creado aplicativos informáticos. Por ejemplo, el "Modelo operativo para la gestión de la violencia ocupacional de origen externo" (2011) se estructura en torno a 3 ejes: conocer (los incidentes ya sucedido), prevenir la aparición de incidentes y controlar los aspectos que pueden favorecer la aparición de incidentes de violencia ocupacional de origen externo. En este manual se señala a "Sanidad y Servicios Sociales" entre los cuatro sectores con mayor incidencia de VOE junto a "Transportes", "Hostelería y almacenamiento" y "Educación".

La relevancia que ha adquirido la VOE en Sanidad y Educación ha llevado a la regulación desde 2010 por parte de numerosas Comunidades Autónomas en su ámbito territorial, de Leyes de Protección que incluyen aspectos como la presunción de veracidad, la asistencia jurídica, los deberes de las familias o la reparación de daños ocasionados a los docentes, por poner un caso. En el caso del personal sanitario, el reconocimiento como "autoridad pública" ha implicado una especial protección ya que anteriormente no se tenía en cuenta la consideración de funcionario público y las agresiones a personal sanitario se tendía a encuadrarlas como una simple falta o delito, en función de la entidad de la agresión y de los tratamientos médicos posteriores, lo que las equiparaba a las agresiones entre particulares y sin la protección especial de la consideración de delito de atentado (regulado en los artículos 550 y siguientes del Código Penal). Si bien personal educativo y sanitario en numerosas comunidades autónomas ya gozan de la protección del reconocimiento como "autoridad pública", esta protección no se ha hecho extensiva al colectivo de técnicos/as de Servicios Sociales.

Los ETF, y en mayor medida educadores/as y trabajadores/sociales realizan labores que implican

salidas frecuentes del centro de trabajo. En numerosos Ayuntamientos para esos desplazamientos no dispone de ningún vehículo a diferencia del resto de los servicios municipales que dispone de vehículos específicos (Policía, Personal de Oficinas, Deportes, Urbanismo, Notificación, Alcaldía, Vehículos con chófer a disposición de otras áreas -Turismo, etc-). En febrero de 2012 la Plataforma de Profesionales de Tratamiento Familiar (PPTFA) realizó un estudio mediante cuestionario sobre las condiciones de trabajo que recogía, por ejemplo, que en la provincia de Almería a un 22% de los técnicos de ETF ni siquiera se le abonaba compensación por los desplazamientos, en 2014 la situación ha empeorado.

Servicios Sociales ha sido y es un área claramente infradotada, pero lo que trato de señalar es que son los y las trabajadoras las que ponen a disposición del Ayuntamiento sus vehículos particulares, que desplazan sus vehículos particulares a visitas a domicilio de manera que pueden ser perfectamente identificados y localizados sus vehículos particulares en la calle e incluso en la puerta de su domicilio en los casos (frecuentes) en los que residen en la misma localidad. Se ha dado el caso en los Servicios Sociales donde desarrollo mi trabajo, que han rotos los cristales de su vehículo particular estacionado en la puerta de su domicilio a una compañera trabajadora social -algo que parecía reservado al vandalismo escolar contra los profesores/as hasta tiempos recientes-. No disponemos actualmente de registros sobre la siniestralidad de VOE. Su tasa de incidencia puede ser reducida, pero la gravedad que puede alcanzar es muy elevada por sus consecuencias materiales y psicológicas para la persona del profesional, de sus familiares y de sus pertenencias.



Cabe recordar que los técnicos de servicios sociales trabajan también en barriadas y asentamientos deteriorados sin ningún tipo de medida de protección, no solo ante VOE sino ante enfermedades como la tuberculosis o hepatitis que reaparece con cierta frecuencia en la población atendida por los Servicios Sociales. Además como profesionales de referencia suelen actuar como “Profesionales mejor situados”, como figura presente y cara visible del sistema general de protección de los derechos de la Infancia, siendo además los profesionales que de forma estratégica empujan a la familia a cambiar su dinámica de funcionamiento de cara a mejorar en su adaptabilidad a las demandas evolutivas y necesidades de sus menores. El terreno está abonado y los propios profesionales tiende a restar gravedad a las amenazas, incluso de muerte o a los insultos contextualizándolos en la dificultad del proceso, pero la comprensión del porqué suceden situaciones de riesgo no resta riesgo a las mismas.

En mi experiencia local como Delegado de PRL he recogido reiteradas quejas de trabajadoras sociales por la elevada vulnerabilidad a VOE cuando tienen que hacer atención directa (S.I.V.O.A.) en ciertos Centros Municipales de zonas muy alejadas y aisladas, con instalaciones donde están solas ya que no disponen de conserje ni de ninguna otra dependencia o personal. En algunas ocasiones se ha previsto el desplazamiento de conserje junto con la trabajadora social en el horario de atención en estos centros. Los ETF tienen entrevistas en estas mismas dependencias y condiciones.

A diferencias del edificio consistorial donde suele haber presencia de policía local y en ocasiones de escoltas de los cargos políticos, los Servicios Sociales no cuentan con protección de policía, de seguridad privada ni de arcos metálicos como suele ser común en gran parte de los edificios públicos como Juzgados, Seguridad Social, Centros Hospitalarios y algunos Centros de Salud, Delegaciones Territoriales de Consejerías, por poner algunos ejemplos.

Son múltiples los indicadores que nos están indicando la necesidad de evaluar y proponer medidas que reduzcan la VOE y cubran las posibles contingencias por daños en las personas de los y las trabajadoras y en sus pertenencias personales, dentro y fuera del horario de trabajo. Sería momento para realizar una investigación que permita fundamentar las medidas de prevención de riesgos. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo señala en la publicación “Prevención de la Violencia de Origen Externo en una organización sanitaria” como grandes líneas de actuación, cuatro conjuntos de actuaciones: Sensibilización de usuarios/as, Medidas técnicas y organizativas, Formación a trabajadores/as y Cobertura y apoyo al trabajador/a.

En un contexto de empeoramiento constante de condiciones laborales y de condiciones discriminatorias dentro de la Administración Local donde desarrollan su labor (fuera de convenio, no equiparados salarialmente a puestos de igual categoría en el mismo área, etc), muchos técnicos comienza a cuestionarse si dejar pasar, dulcificar, tolerar o establecer “raseros” diferentes en la valoración de la desprotección a aquellos casos en los que pueda poner en riesgo su seguridad personal, las de sus pertenencias, vehículo, domicilio o familia. El Estudio de la Universidad Pablo Olavide de 2009 es muy explícito y recoge numerosos testimonios ilustrativos: “...es el tema de las amenazas, el tema de las amenazas de las familias eh... vivir en [nombre de ciudad] capital no es lo mismo que vivir en un municipio como en el que vivo yo en [nombre de pueblo] y donde tengo familias a dos puertas de mi casa. A nosotros nos han seguido hasta con el coche, saben quiénes son nuestras familias, verás que en cierto modo, en el fondo piensan que no te va a pasar, pero ese stress, esa ansiedad... vamos a mí me están llegando mensajes, que me voy a cambiar de domicilio a otro municipio y punto aunque si quieren buscarte te van a encontrar...y eso te crea una ansiedad tremendísima”. (Informe Final. Pg 45)

Para un funcionamiento coherente del sistema de prevención del riesgo y el maltrato infantil se debería comenzar a plantear medidas de prevención y protección a los y las trabajadoras. Dentro del marco de la Prevención de Riesgos Laborales (PRL) existen medidas que sería fundamental implementar para los ETF:

- Investigar, identificar y valorar los factores de riesgo que predisponen las situaciones de VOE.
- Integrar la prevención y protección frente a VOE en el conjunto de actividades de la administración local.
- Garantizar la información, consulta y participación de los trabajadores en la prevención del riesgo de VOE.
- Valoración inicial de riesgos psicosociales y VOE, redacción de plan de prevención correspondiente
- Desarrollar planes preventivos y definir indicadores de evaluación de la evolución del riesgo y del propio plan.
- Formación de personal en atención a público en situación de dificultad (incluyendo a conserjes, administrativos y todo personal de estas área).
- Establecer medidas de protección:
 - Seguro de responsabilidad civil para la cobertura de daños por Violencia de Origen Externo (VOE) en vehículos y pertenencias privadas de los técnicos en el ejercicio de sus funciones laborales o fuera del horario laboral cuando tiene relación con desarrollo de sus funciones en forma de represalia y/o amenazas.
 - Mejora de la seguridad en Centro de Servicios Sociales y/o otros centros municipales.
 - Ampliación de la actual legislación como “autoridad pública” por parte de la Junta de Andalucía a los técnicos de los Servicios Sociales, al igual que viene siendo reconocido al personal sanitario y docente en diversas Comunidades Autónomas.

BIBLIOGRAFÍA.

Anat Ben-Porat & Haya Itzhaky (2009) *Implications of Treating Family Violence for the Therapist: Secondary Traumatization, Vicarious Traumatization, and Growth*. Journal of Family Violence 2009, 24:507–515. Springer Science + Business Media, LLC.

Cantera, L., Cervantes, G., Blanch, J.M. (2008). *Violencia Ocupacional: El caso de los profesionales sanitarios*. Papeles del Psicólogo; 29 (1), 49-58.

Dirección General de Infancia y Familias. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y KND. (2012) “Programa de Tratamiento a Familias con Menores. Informe de Evaluación 2008-2009”. KND. http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3476

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue as a secondary traumatic stress disorder: An overview*. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). New York: Brunner Mazel.

- McCann, L., & Pearlman, L. A.** (1990). *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración, INSHT** (2011) *Modelo operativo para la gestión de la violencia ocupacional de origen externo. Manual de usuario*. PDF extraído de <http://intervencion-psico.insht.es:86/>
- Pearlman, L. A.** (1999). *Self care for trauma therapist: Ameliorating vicarious traumatization*. In B. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self care issues for clinicians, researchers and educators* (pp. 51–64). Baltimore, MD, US: The Sidran.
- Valpuesta Fernandez, Rosario; Villalba Quesada, Critina; Gómez Espino, Juan Miguel y Martínez García, Rosalía.** (2009) *Análisis del programa de tratamiento a Familias con menores y de los equipos de Tratamiento familiar. I+D 2005-2007 “La política de protección de la infancia en andalucía desde una perspectiva jurídica-social”*. Ministerio de Educación y al Proyecto de Excelencia 2006. Junta de Andalucía. http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3484
- Sabin-Farrell, R., & Trupin, G.** (2003). *Vicarious traumatization: Implications for the mental health workers?* *Clinical Psychology Review*, 23, 449–480.
- Sexton, L.** (1999). *Vicarious traumatization of counselors and effects on their workplaces*. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27, 393–403.
- Steed, L. G., & Downing, R.** (1998). *A phenomenological study of vicarious traumatization among psychologists and professional counselors working in the field of sexual abuse/ assault*. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2 (2). Tedeschi, R. G., & Calh