



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/029.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E “Impacto social del conocimiento” - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **¡A cuidarse se aprende! Aplicación del “quick response code” en la prevención del síndrome de tensión y agotamiento profesional en equipos de profesionales que trabajan en la violencia de género. Proyecto psicoeducativo**

Autores María de los Ángeles *Manzano Felipe*, Carmen *Pérez García*

Centro/institución Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Ciudad/país Cádiz, España

Dirección e-mail mariangeles.manzano@gmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Desde las épocas más remotas de la cultura humana, se ha manifestado siempre la subordinación de las mujeres respecto a los hombres. La discriminación de la mujer en la sociedad representó la primera forma de explotación existente. Reflejemos algunos hechos a lo largo de la historia, algunos datan del año 400 A.C., cuando las leyes de Bizancio establecían que el marido era un Dios al que la mujer debía adorar¹.

En la India si la mujer enviudaba era quemada viva junto al cadáver del esposo y si era estéril era repudiada¹. En Irán y Etiopía, el nacimiento de una mujer era una deshonra. En Grecia si la pareja era acusada de cometer un delito, la pena sólo se imponía a la mujer. En Roma la mujer se podía vender, castigar o matar según deseos del pater-familia.

Según las normas islámicas la mujer, a partir del casamiento, adquiere la condición de propiedad privada del marido, y el Corán estipula como deber del hombre pegarle a la esposa rebelde.

En Europa, específicamente en Burdeos¹, Francia, en 1359 se estableció por costumbre que cuando un hombre mataba a su esposa en un exceso de cólera, siempre que se confesara arrepentido mediante juramento, no era castigado. La Edad Media los nobles golpeaban a sus esposas con la misma regularidad que a sus sirvientes. Esta práctica

llegó a ser controlada en Inglaterra, denominándose “Regla del Dedo Pulgar“, referida al derecho del esposo a golpear a su pareja con una vara no más gruesa que el dedo pulgar para someterla a su obediencia, tratando así de que los daños ocasionados no llevaran al fallecimiento de la víctima. También en esta época, en familias de “sangre azul”, la mujer podía ser utilizada como instrumento de paz a través de matrimonios entre Estados, decisión que se tomaba sin tener en cuenta la opinión de la posible desposada.

De los siglos XIII al XIX no existieron diferencias relevantes en el trato a la mujer, aunque en el siglo XVII algunas personas comienzan a creer en la idea de que la mujer no es una cosa ni propiedad del Estado y empieza a condenar la violencia brutal contra las féminas fuera del hogar.

A mediados del siglo XVIII y a iniciativa de las propias mujeres es cuando se empieza a tomar conciencia de la discriminación que sufren, destacamos a Olimpe de Gouges¹ que en 1791 redactó una “Declaración de los derechos de la mujer ciudadana”, pero no es hasta finales del siglo XIX, que se dicta en los Estados Unidos, en el Estado de Maryland, en 1882, la primera ley para castigar el maltrato conyugal. En Inglaterra en 1889, se logró abolir como norma el derecho del marido a castigar a su cónyuge.

Hoy en día, la violencia de género produce un rechazo colectivo y una evidente alarma social, ya no es un “delito invisible”, sino que despierta el interés público (es un delito perseguible de oficio)². La sociedad apoya la demanda de protección, seguridad y ayuda por parte de la mujer afectada.

En los últimos años se han producido avances legislativos en materia de violencia de género: Juicios rápidos, Órdenes de Protección, Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Destacamos la siguiente normativa, tanto a nivel internacional como nacional:

- ONU. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993.
- Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de la violencia de género.

Diferentes Comunidades autónomas españolas³ han desarrollado sus propias leyes de prevención y protección contra la violencia de género, concretamente en Andalucía disponemos de la Ley 13/2007 de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género.

A nivel nacional el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elabora la “Estrategia nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013–2016)”⁴ en la cual nos encontramos actualmente inmersos. En la Comunidad Autónoma Andaluza también se ha trabajado y se trabaja en este campo así se han elaborado guías y publicaciones como son⁵: “Guía jurídica sobre violencia de género y derechos de las mujeres”, “Guía divulgativa procesal para mujeres víctimas de violencia de género”, “

Guía para madres y padres con hijas adolescentes que sufren violencia de género”; “Cuaderno informativo sobre la violencia contra la mujer”; “Guía para padres: ¿Qué hacer si mi hija ha sido maltratada?”; Mapa de Recursos en materia de Violencia de Género; “Publicaciones de la Colección Plan de Igualdad, sobre educación e igualdad de género”; “Informe de magnitudes en materia de violencia de género”; “Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género”, etc.

A pesar de todo ello, nos encontramos datos en España escalofriantes según se puede observar en la tabla y grafica siguientes.

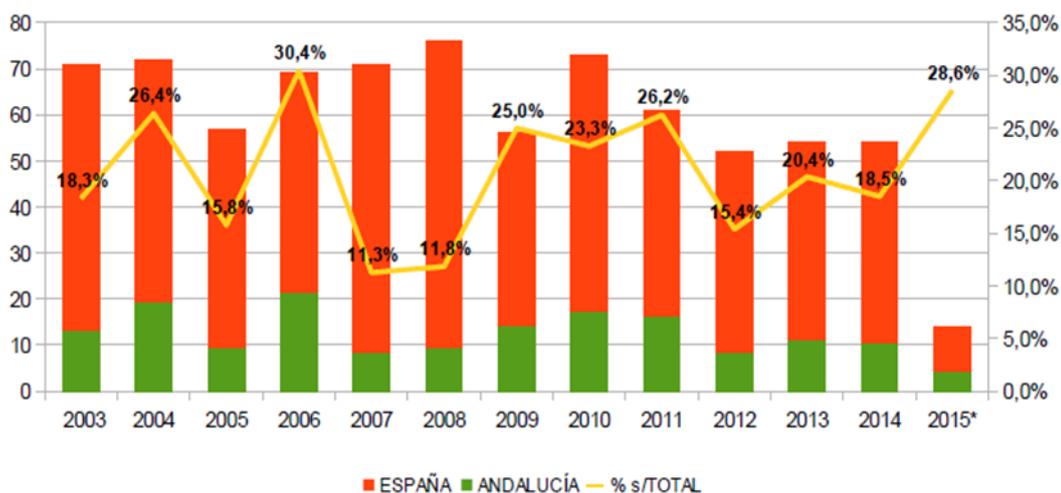
Tabla 1: Víctimas mortales por violencia de género. Evolución interanual.

	ESPAÑA	ANDALUCÍA	
	TOTAL		% s/TOTAL
2003	71	13	18,3%
2004	72	19	26,4%
2005	57	9	15,8%
2006	69	21	30,4%
2007	71	8	11,3%
2008	76	9	11,8%
2009	56	14	25,0%
2010	73	17	23,3%
2011	61	16	26,2%
2012	52	8	15,4%
2013	54	11	20,4%
2014	54	10	18,5%
2015*	14	4	28,6%
TOTAL	780	159	20,4%

*Actualizado a 8 de junio de 2015

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Ilustración 1: Víctimas mortales por violencia de género. Evolución Interanual. Andalucía.



Fuente: Informe de magnitudes en materia de violencia de género. JUNTA DE ANDALUCÍA. CONSEJERÍA DE JUSTICIA E INTERIOR. Dirección General de Violencia de Género y Asistencia a Víctimas⁶

La violencia de Género es pues un problema de salud pública de etiología multifactorial⁷ con repercusiones múltiples por lo que resulta esencial desarrollar y potenciar una actuación coordinada que permita un tratamiento intersectorial, interdisciplinar e integral respecto a la atención a la mujer, en esta materia.

Para este abordaje multidisciplinar encontramos distintos colectivos profesionales que desarrollan su labor en este campo. Cada profesional interviene desde sus competencias profesionales, garantizando la coordinación y continuidad asistencial a fin de mantener la coherencia y calidad de las actuaciones. Atender este tipo de situaciones, implica estar sometido a un alto impacto emocional, que requieren intervenciones.⁸ Estos profesionales en el desempeño de su trabajo, sufren lo que se denomina desgaste profesional, y es a partir de la década del 60, cuando encontramos interés por el proceso de desgaste emocional⁹ que se produce en profesionales que trabajan directamente con personas que padecen sufrimiento humano¹⁰.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2009) establece una relación entre la salud mental y la capacidad de trabajar, ya que define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

El aumento del interés sobre el autocuidado¹¹ se puede observar no solo en el ámbito del trabajo en sí y en las demandas de los profesionales, sino que también en el ámbito académico, ya que en los últimos años se ha presentado un creciente interés por conceptos tales como “impacto emocional”, “traumatización de equipo”, “estrés”¹², “burnout”⁹, lo que a su vez ha significado que los profesionales que trabajan en contacto con el sufrimiento humano hayan empezado a destacar sus necesidades de contención, supervisión de equipo, encuadre de trabajo y autocuidado.¹³

En suma, “se ha ido legitimando la idea no sólo de que los equipos se impactan emocionalmente, sino que ello influye directamente en el trabajo clínico y/o psicosocial que desarrollan y en dificultades organizacionales asociadas al tema”^{13,14}, Barudy considera que el cuidado posee dos niveles¹⁵: un cuidado institucional, que centra la responsabilidad en las organizaciones de proteger sus recursos humanos. Y un segundo nivel, de cuidado personal o autocuidado¹⁶, respecto a la capacidad de los propios integrantes de cuidarse.

Justamente, el propio profesional que conforma el equipo, requerirá de espacios de recuperación en el trabajo y de estrategias que promuevan su salud. Estas acciones proporcionarán cierto nivel de bienestar y equilibrio entre su vida laboral y personal.^{17,18,19}

De todo ello se puede concluir que la promoción del cuidado y la recuperación en el trabajo²⁰ debe articularse, con un conjunto de estrategias personales, grupales e institucionales²¹, que posibiliten pautas de funcionamiento de equipos en riesgo.

La principal característica de trabajar en situaciones de maltrato, es que el profesional se encuentra inmerso en una lluvia de mensajes, muchas veces sin la posibilidad de estar conscientes de los contenidos contradictorios, por ejemplo, el sistema social le pide al profesional brindar ayuda a la familia que maltrata y al mismo

tiempo, ejercer el control social sobre ella; le pide ser eficaz y competente a nivel de su actividad y a su vez, rentabilizar el tiempo por el cual ha sido contratado. Es evidente que ya solo por el contenido contradictorio de estas situaciones justifican la necesidad de encontrar fórmulas que acerquen las estrategias de autocuidado²² a los profesionales.

Objetivos

Generales

- Acercar estrategias de autocuidado a los profesionales que trabajan en violencia de género, a fin de proteger a dichos profesionales del “síndrome de tensión y agotamiento profesional” y así minimizar las situaciones de riesgo mediante el empleo de las TIC’s.
- Analizar la efectividad a de un programa psicoeducativo dirigido a profesionales relacionados con la atención a la violencia de género.

Específicos

- Contribuir a dotarles de recursos y capacidades para afrontar los riesgos.
- Elaboración de cartel informativo-interactivo empleando “quick response code” con las estrategias de autocuidado.
- Creación de tríptico informativo-interactivo empleando “quick response code” con las estrategias de autocuidado.
- Conocer si la intervención educativa produce mejoras en los profesionales en las siguientes áreas:
 - Área Personal/social: Habilidades de interacción social/familiar
Capacidad de afrontamiento
 - Área Cognitiva: Habilidades en resolución de problemas.

Material y Método

Este trabajo consta de dos partes perfectamente diferenciadas:

1ª Parte del diseño:

- Búsqueda bibliométrica de publicaciones sobre el empleo de las TIC’s para acercar las estrategias de autocuidados a los profesionales que trabajan el maltrato.
- Bases de datos: CuidenPlus, Dialnet, SciELO, Embase, el Índice Médico Español (IME), Google Académico.
- Periodo de estudio: 2008 a 2014.
- Estrategia de búsqueda: quick response AND selfcare; quick response AND maltreatment; quick response AND professional teams.
- Criterios de inclusión:
 - Artículos relacionados con estrategias de autocuidado en profesionales y maltrato.
 - Revisiones bibliográficas.
 - Programas de salud sobre atención al maltrato.
 - Guías de actuación ante el maltrato.
- Criterios de exclusión:
 - Estudios experimentales

• Procedimiento:

Tras la obtención de datos a partir de la búsqueda bibliométrica y la obtención de las conclusiones, se procederá a:

- Elaboración de video informativo.
- Subir el video a una Url.
- Generar un quick response code y asociarlo a la url.
- Añadir el quick response code a redes sociales.

2ª Parte del diseño

Se tratará de un Estudio cuasi-experimental, intergrupo, longitudinal y prospectivo.

Ambas grupos serán experimentales y control ya que en uno de ellos se va a realizar la intervención (grupo A) y en el otro no (grupo B).

El grupo A actuará como grupo experimental y el grupo B lo hará en calidad de grupo control. La situación ideal habría sido aleatorizar a los profesionales de ambos grupos para conformar un grupo control y otro experimental aleatorios, pero ello nos llevaría a que coincidan en el tiempo profesionales a los que se incluirían en la intervención y otros que no se incluirían, lo que éticamente no sería aceptable. Otra solución pasaría por diferir en el tiempo la captación de los grupos, es decir seleccionar primero los profesionales del grupo control y una vez completado éste los del experimental, pero esto prolongaría el proyecto en el tiempo hasta hacerlo inviable. Entendemos que las características de los profesionales de ambos grupos son similares y la intervención que se les presta (usual-care) también son similares por lo que se podría plantear el diseño cuasi-experimental.

Ámbito de estudio

La segunda parte de este estudio se realizará sobre los profesionales que atienden el maltrato en la provincia de Cádiz (CCAA Andalucía_España) pertenecientes a los diferentes servicios destinados a la atención al maltrato, por lo que los grupos estarán ya formados y se intervendrá sobre la totalidad de dichos grupos.

Población

Para la segunda parte de este estudio, se incluirá en el estudio el total de profesionales pertenecientes a los diferentes servicios destinados a la atención al maltrato, que desempeñen su actividad profesional entre el 1 de octubre del 2015 y 30 de septiembre de 2016, ambos inclusive.

Criterios inclusión-exclusión

Para la segunda parte de este estudio

- Criterios de Inclusión:
 1. Profesionales implicados en la atención al maltrato (Salud, Educación, Bienestar, Justicia) en situación activa en entre el 1 de octubre del 2015 y 30 de septiembre de 2016.
 2. Antigüedad en el puesto de trabajo de 5 años.
 3. Aceptación del programa que se va a llevar a cabo, de forma voluntaria.
- Criterios de Exclusión:
 1. Profesionales implicados en la atención al maltrato (Salud, Educación, Bienestar, Justicia) en situación no activa el 01 octubre 2015.
 2. Antigüedad en el puesto inferior a 5 años.
 3. No aceptación del programa que se va a llevar a cabo, de forma voluntaria.

Muestra Estimación del tamaño muestral

Para la segunda parte de este estudio, dada la naturaleza del problema se plantea trabajar con la totalidad de la población accesible, la intención es trabajar con un número amplio de sujetos, de manera que aseguremos un tamaño muestral suficiente para obtener significación estadística en los cálculos que se establezcan.

Variables metodológicas y definición operativa

Para la segunda parte del estudio

Variable Independiente

- Programa de intervención a través del empleo de los códigos QR para el desarrollo de estrategias de autocuidado, en profesionales implicados en la atención al maltrato, entre entre el 1 de octubre del 2015 y 30 de septiembre de 2016, ambos inclusive.

Se pretende enseñar a los profesionales el uso de las Tecnologías de la información y comunicación, concretamente el QR, puesto que se trata de una experiencia didáctica estructurada.

A todos los sujetos que participen se les pedirá confidencialidad, asistencia, puntualidad y participación.

Se realizará en la sala didáctica del centro al que pertenezcan y constará de un total de 5 sesiones en grupo, organizadas de tal forma que se realizarán una sesión por semana con una duración de una hora cada una.

La metodología será teórica-práctica con el fin de lograr la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades en el uso de los QR. Estará dirigida por los investigadores principales.

Cada sesión constará de una parte de exposición de contenidos específicos y otra de práctica sobre el empleo del QR.

En la última sesión se les hará entrega de un documento en el que registrarán el nivel de satisfacción con el programa y aspectos que mejoraría, cambiarían o que incluso añadirían.

Los temas desarrollados en el programa serán los siguientes:

- a) Presentación e información del estudio.
- b) Información del papel de los profesionales en el las estrategias de autocuidado individuales.
- c) Información del papel de los profesionales en el las estrategias de autocuidado grupales.
- d) Información del papel de los profesionales en el las estrategias de autocuidado institucionales.
- e) Que son los códigos QR, para qué se van a usar, cómo se leen.
- f) Dudas y conclusiones.

Variables dependientes:

1. Sexo.
2. Antigüedad en el puesto.
3. Tipo de institución maltrato (Salud, Educación, Bienestar, Justicia).
4. Grado de satisfacción con el programa.
5. Grado de satisfacción con el empleo de las TIC's

Análisis de datos

Análisis descriptivo

En principio se realizará uno para detectar observaciones aberrantes. Se realizará una exploración de los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos. Posteriormente se procederá a realizar el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas, con los correspondientes intervalos de confianza si precisan o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos. Asimismo, este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (cuantitativa/cualitativa).

Análisis inferencial

Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en caso de no normalidad de la distribución de las variables la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Análogamente para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos, control y experimental, se empleará el test chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza. El nivel de significación estadística se establecerá en $p < 0.05$. El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows. Para garantizar la fiabilidad de los resultados, estos se someterán a un proceso de triangulación, es decir, el proceso descrito anteriormente será contrastado por diferentes analizadores.

Criterios de fiabilidad: Consideramos que la fiabilidad de los datos está garantizada por los siguientes motivos:

- Utilizar distintas fuentes de datos.
- Utilizar distintas técnicas de recogida
- Utilizar triangulación de los resultados

Control de calidad de los datos: Para comprobar la exactitud de los datos recogidos, el investigador principal efectuará una revisión de un 5% de los casos incluidos en la muestra, verificando personalmente el grado de concordancia de los datos de las fuentes de información con los recogidos anteriormente. El grado de concordancia deberá ser del 95%.

Limitaciones del estudio

1. No posibilidad de controlar y mantener las limitaciones de la propia intervención. Ello lo solucionaremos buscando un equilibrio entre las necesidades de los profesionales y la estandarización que requiere el procedimiento.
2. No controlar factores extraños como la historia de los sujetos (cansancio, distracción, aburrimiento, su maduración).
3. No controlamos factores del entorno: misma hora, mismas condiciones.
4. No es posible controlar los eventos que se producen entre las mediciones pre y pos test que pueden afectar a las variables dependientes (campañas informativas que se realicen paralelamente).
5. Abandono por revocación de consentimiento.

6. Otra limitación: imposibilidad de doble ciego. El investigador conocerá que individuos pertenecen al grupo experimental y cuáles al control.

7. A la hora de extrapolar los resultados se debe tener en cuenta que las características organizativas y estructurales de los diferentes centros podrían variar entre cada Comunidad Autónoma, e incluso en la misma Comunidad Autónoma.

Aspectos éticos

A los participantes del estudio se les informará verbalmente de la identificación de los autores del estudio, del carácter voluntario en la participación, de los objetivos del estudio así como de la confidencialidad de los datos que suministran. Los resultados obtenidos se emplearán exclusivamente para los fines de la investigación, y en ningún caso se revelarán las identidades de las participantes. Los datos obtenidos tendrán un tratamiento estrictamente confidencial.

El proyecto se ha desarrollado siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para las investigaciones médica en seres humanos realizada en Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008), incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los sujetos que se incluyeron en el mismo.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada sujeto deben de estar custodiados por los investigadores principales, estando identificados exclusivamente por el número asignado a cada caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Resultados-Conclusión

La primera parte del trabajo se encuentra completamente realizada. Se dispone del cartel informativo-interactivo (figura 1), así como del tríptico informativo-interactivo (figura 2), con el quick response code asociado al video violencia género_autocuidado, con lo cual hemos logrado conseguir que las estrategias lleguen a los profesionales implicados en cualquier momento que lo precisen. De igual manera se ha logrado que las instituciones mejoren su responsabilidad. Mejoramos en los profesionales los conocimientos sobre formas de actuación, lo que hace que mejoren las prácticas de autocuidado o auto protección profesional. Esta herramienta nos permite realizar un seguimiento de su empleo, lo que nos facilita posible implementación de mejoras.



Figura: 1. Fuente: Elaboración propia

!!! A CUIDARSE SE APRENDE !!!



ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO EN PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN VIOLENCIA DE GÉNERO



Introducción:
La OMS plantea una estrategia de prevención de la violencia basada en un enfoque de salud pública y de efectividad de las intervenciones

Estrategias de autocuidado individual

- Estrategias de autocuidado personal extralaborales
- Cuidado Personal:
 - ✓ realizarse algún tipo de psicoterapia, entendiéndola como que el uso de la psicoterapia no sólo tiene una función "curativa", es decir, no sólo es buscada cuando el profesional se siente dañado sino que también se utiliza como proceso de ayuda permanente
 - ✓ Darse Tiempo para sí Mismo
- Actividades Sociales: ejemplos mantener redes sociales más próximas (Importante: evitar contaminar esos espacios con temáticas laborales)
- Actitudes hacia la vida y/o trabajo: Distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral, como sería evitar hablar de trabajo fuera de este ámbito
- Recreativas: ejemplo práctica de algún deporte.
- Estrategias de autocuidado personal laborales
- Revisar las modalidades de trabajo cotidiano.
- Rediseñar las tareas.
- Distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral.
- Contar con momentos de descanso en el trabajo.

➢ Fijarse objetivos de trabajos reales y posibles de alcanzar.

➢ Aumentar la competencia profesional a partir del desarrollo de la capacitación.

➢ Establecer temas de discusión

➢ Abordar diferencias en las relaciones del equipo

➢ Mejorar o hacer agradable el entorno físico en el cual se trabaja

Estrategias de autocuidado grupal

- Estrategias no asociadas al trabajo
- Recreación en conjunto, para esto se destinan horas al mes, éstas pueden usarse en actividades netamente recreativas o al abordaje de temáticas asociadas a la tarea y al autocuidado. Uno de los contenidos posibles de las horas de autocuidado, son aquellos de carácter lúdico.
- Compartir espacios recreativos: Éstos pueden o no situarse en el contexto laboral, pues incluirían la celebración de cumpleaños, el salir a comer o el salir fuera de la ciudad.
- Espacio de recreación son los desayunos colectivos previos a la realización de la reunión técnica o contemplados dentro de la rutina semanal de trabajo
- Estrategias de autocuidado grupal asociadas a la tarea
- Revisar las modalidades de trabajo cotidiano.
- Rediseñar las tareas.
- Reuniones técnicas: ejemplo sesiones clínicas Preocuparse por el otro si se ve mal.
- Escuchar al otro
- Construir el espacio para desahogarse después de la sesión
- Socializar acerca del trabajo.

 Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Figura: 2. Fuente: Elaboración propia

Atendiendo a la segunda parte del trabajo, comunicamos que se no se ha comenzado el trabajo en el momento actual, con lo cual no disponemos de datos para transmitir nuestra conclusión, no obstante informamos que como hipótesis planteamos que los grupos de psicoeducación formados por profesionales implicados en la atención a violencia de género, dirigidos por la enfermera especialista del trabajo, ayudarán a mejorar, la calidad de vida, el control emocional y el bienestar psicológico de los profesionales. De esta forma se garantizará a estos profesionales una atención basada en la continuidad asistencial como elemento de calidad integral adecuando la oferta de servicios a las necesidades de los profesionales de manera efectiva y eficiente. La efectividad de una intervención educativa empleando como herramienta de apoyo los códigos QR dirigido a profesionales implicados en la atención a víctimas de violencia de género influirá positiva y significativamente a combatir la inequidad en conocimientos de estrategias de autocuidado, y ayudará a que su entorno y las condiciones de vida, mejoren, y se disminuya el cansancio profesional.

Bibliografía

1. Páez, L.D. Génesis y evolución histórica de la violencia de género. Contribución a las ciencias sociales [Internet]. 2011 [Consultado 15 septiembre 2014]: 2: [sobre 3 p.]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccsc/11/ldpc.htm>
2. Portal de la Junta de Andalucía. [Página principal en Internet], Sevilla: Consejería de Igualdad y políticas Sociales. Instituto andaluz de la Mujer; 2015 [actualizada en febrero de 2015; acceso 16 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.iam.junta-andalucia.es/index.php/areas-tematicas/violencia-de-genero>
3. Grañeras, M., Mañeru, A., Martín, R., de la Torre, C., Alcalde, A. La prevención de la violencia contra las mujeres desde la educación: investigaciones y actuaciones

- educativas públicas y privadas. Revista de Educación [Internet]. 2007 [Consultado 10 septiembre 2014]: 342 (enero-abril): 189-209. Disponible en: http://www.revistaeducacion.mec.es/re342/re342_10.pdf
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013 - 2016). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Disponible en : <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/EstrategiaNacional/pdf/EstrategiaNacionalCastellano.pdf>
5. Portal de la Junta de Andalucía [Página principal en Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía [actualizado 11 junio 2015; consultado 15 junio 2015]. [sobre 3 p.] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/violencia-genero/estadisticas.html>.
6. Junta de Andalucía. Consejería de Justicia e Interior. Informe de magnitudes en materia de violencia de género. Sevilla: Dirección General de Violencia de Género y Asistencia a las Víctimas; 2015.
7. Junta de Andalucía. Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género. Sevilla : Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Política Social; 2012
8. Guerra, C., Vivanco, A., Hernández, C. Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual en el Aumento de Conductas de Autocuidado y Disminución del Estrés Traumático Secundario en Psicólogos Clínicos. Ter Psicol [Internet]. 2009 [Consultado 8 octubre 2014]: 27(1): 73-81. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100007>.
9. Gines, O., Barbosa, E.C. Cuidados con el equipo cuidador. Revista brasileira de psicoterapia. [Internet]. 2010 [Consultado 3 Octubre 2014]; 12(2-3):297-313. Disponible en: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=48
10. González, N., Suárez, K., Loreda, A. Síndrome de desgaste laboral (burnout). ¿Un riesgo para profesionales que atienden el problema de maltrato infantil?. Acta Pediátrica de México, [Internet]. 2011 [Consultado 5 mayo 2015]; 32(1): 33-37. Disponible en: <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/455/455>
11. Olivares, R., Messerer, G., Rodríguez, K., Guerra, C. La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. Pensamiento psicológico [Internet]. 2010 [Consultado 16 octubre 2014]: 3(9): 9-19. Disponible en: <http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/58/172>
12. Colombo, V., Cifré, E.. La importancia de recuperarse del trabajo: una revisión del dónde, cómo y por qué. Papeles del Psicólogo. [Internet]. 2012 [Consultado 8 Octubre 2014]; 33(2): 129-137. Disponible en: <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/2101.pdf>
13. Lira, E. , Morales, G. Violencia y dinámicas de equipo en programas que trabajan con situaciones de violencia. En Lira E. Piper I. editores, Reparación, derechos humanos de salud mental. Chile: CESOC; 1996. Santiago: p. 165-182
14. Cerda J. Percepción del Autocuidado en Psicólogos Clínicos Novatos y Experimentados. [Tesis doctoral]. Chile: Repositorio Académico de la Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología de Universidad de Chile; 2012.
15. Santana, A., Farkas, Ch.. Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en Maltrato Infantil. Psykhe[Internet]. 2007 [Consultado 3 Octubre 2014];

- 16(1): (77-89). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v16n1/art07.pdf>
16. Cantera, LM, Cantera, FM. El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2014 [Consultado 30 Septiembre 2014]; 13 (2): 88-97. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/psicop/v13n2/art09.pdf>
17. Arón, A.M., Llanos, M.T. Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares* [Internet]. 2004 [Consultado 3 Octubre 2014]; 1-2: (5-15). Disponible en: http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/259/6/D-332-Ar%C3%B3n_Ana_Mar%C3%ADa-2004-421.pdf
18. Morales, G., Pérez, J., Menares, M.. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* [Internet]. 2003 [Consultado 3 Octubre 2014]; 12(1): (9-25). Disponible en: <http://monitoraraucano.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17293/18033>
19. Sonnentag, S., Geurts, S.A.. Methodological issues in recovery research. En: Sonnentag S, Perrewé P, Ganster D, editores. *Research in occupational stress and well being*. Vol 7. UK: Emerald Group Publishing; 2009. p. 1-36
20. Reyes, C. El cuidado en equipos de trabajo en derechos humanos: factores que promueven agotamiento y propuestas de recuperación. *Aportes Andinos* [Internet]. 2013 [Consultado 30 Septiembre 2014]; 33: (84-99). Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/4416/1/06-TC-Reyes.pdf>
21. Álvarez, S, González, C. El cuidado a profesionales y equipos que trabajan con la violencia de género. En: García-Mina, A editores. *La violencia contra las mujeres en pareja: claves de análisis y de intervención*. Santander: Universidad Pontificia de Comillas; 2010. p. 309-324
22. Araya, P. El cuidado del trauma: Una aproximación a las experiencias de trabajo de terapeutas especializados en atención a víctimas de violencia sexual. [Tesis doctoral]. Chile: Repositorio Académico de la Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología de Universidad de Chile; 2015.